

TERESA ALEXANDRA LAVANDEIRA MIRANDA

**A RECLUSÃO COMO POSSÍVEL FATOR DE
PROPAGAÇÃO DO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA
HUMANA ADQUIRIDA, DA HEPATITE E
TUBERCULOSE EM MEIOS PRISIONAIS DO
NORTE DE PORTUGAL**

Tese de Candidatura ao grau de Doutor em Ciências Médicas submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Orientadora: Professora Doutora Maria José Carneiro de Sousa Pinto da Costa.

Afiliação: Professora Associada Convidada do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Coorientadora: Professora Doutora Corália Maria Fortuna de Brito Vicente

Afiliação: Professora Catedrática do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Porto
2017



A tradição personalista aprofunda as suas raízes na própria razão do Homem e no coração da sua liberdade: o Homem é pessoa porque é o único ser em que a vida se torna capaz de reflexão sobre si, de autodeterminação; é o único ser vivo que tem a
Figura 1 - Cella de Estabelecimento Prisional, Bragança

*a
pacidade de captar e descobrir o sentido das coisas, e de dar sentido às suas expressões e à sua linguagem consciente.*

Sgreccia (2002, p. 79)

LISTA DE PUBLICAÇÕES (pela investigadora)

1

Miranda, T.I., Costa, M.J.P., Vicente, C.M.B., Silva, M.J., Vasconcelos, A.I., Torrão, N., Mota, M., Gonçalves, R.A., Negreiros, J., Pereira, J.A., Barreira, S., Rola, J.E. (2015). Doenças Infecciosas e Comportamentos de Risco em Reclusos Portugueses: Implicações para a Prevenção. Revista Científica Adictologia. Nº 1, pp. 68-75

Revista da Associação Portuguesa de Adictologia

https://www.dependencias.pt/ficheiros/conteudos/files/RevistaAdictologia_N1_2015.pdf

DEDICATÓRIA

Às mulheres do clã Lavandeira:

- À minha Mãe, um obrigada “deeply felt”;
- À minha tia Maria Teresa, preciosa bengala da minha Mãe;
- À minha muito querida irmã Helena Manuela;
- À minha amada filha Helena Francisca;
- À minha querida prima Maria Teresa.

Para vós que sempre me acalentaram neste percurso, o meu bem hajam, com muito, muito carinho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os que me apoiaram nesta jornada, contribuindo para a construção deste trabalho de investigação, e, em particular:

À orientadora deste estudo investigativo, **Professora Doutora Maria José Pinto da Costa**, pelas reflexões e aprendizagens que me proporcionou, durante a orientação atenta e continuada.

À coorientadora deste trabalho, **Professora Doutora Corália Maria Vicente**, pela sua competência e disponibilidade ímpares, até em alguns fins-de-semana.

Ao **Professor Doutor António Sarmento**, pela sua boa vontade, proficiência e mestria.

Ao **Doutor Ludgero Vasconcelos** pela paciência e a sabedoria com que contribuiu para alargar os meus conhecimentos sobre as infeções e o ambiente prisional.

Ao **Professor Doutor Rui Abrunhosa** pelas suas doughtas orientações e pela constante disponibilidade.

Ao **Dr. Mário Cardeal Torrão**, Diretor do Estabelecimento Prisional Central de Izeda e à **Dr.ª Nair Torrão**, exemplos meritórios do que deve ser uma direção prisional, o meu sincero obrigada pela disponibilidade ininterrupta para os dados que abertamente forneceram, para a pesquisa que me possibilitaram e pela humanidade com que vivem nesse ambiente prisional, onde ainda agradeço às funcionárias **Dr.ª Augusta José Pires** e **Dr.ª Cristina Eiras** a sua disponibilidade e colaboração.

Ao ilustríssimo **Professor Doutor Garcia Pereira** pelo constante e valioso empenhamento e incentivo.

Finalmente ao **Dr. José Rola** pela sua importante disponibilidade como médico de saúde pública e pelo seu incentivo.

À minha família e todos colegas que me apoiaram nesta caminhada.

RESUMO

Contexto - As doenças infectocontagiosas dos reclusos devem-se em parte aos seus comportamentos de risco em reclusão. O presente estudo teve como objetivo determinar a relação existente entre os comportamentos de risco existentes em meio prisional com as infeções pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), o Vírus da Hepatite B (VHB), C (VHC) e pelo *Mycobacterium tuberculosis*.

Métodos - No presente estudo analisaram-se os dados obtidos através do mesmo inquérito, aplicado em dois estabelecimentos prisionais do norte de Portugal, em momentos distintos e à população do sexo feminino e do sexo masculino.

Na amostra composta por 42 mulheres, nos dois anos de estudo (2008 e 2010) todas estavam infetadas, havendo maior distribuição percentual pelo vírus da hepatite C (VHC). A maioria (76%) das reclusas afirma ter-se infetado fora da prisão, assim como a realização de tatuagens (28,5% e 42,8% respetivamente em 2008 e 2010) e a utilização de preceingis. Destas, 15,7% reclusas afirmaram terem-se infetado na prisão.

Elaborou-se um estudo transversal, com recolha de dados em 2008, 2013 e 2016, numa amostra proveniente de uma Prisão Central do Norte de Portugal com 136, 144 e 146 indivíduos, totalizando 426, nos anos acima referidos que decorreu a investigação.

Pela análise dos dados verificou-se que nos 3 anos existiam sujeitos infetados, isto é, 51,4% em 2008, 51,4% em 2013 e 65,7% em 2016. Registaram-se, ainda, casos de coinfeção.

À semelhança da população feminina, os homens (78,8%) afirmam ter consumido drogas ilícitas, sendo o haxixe a substância mais prevalente. Esta amostra identificou muitos comportamentos de risco, na prisão, como a partilha de seringas e relações sexuais desprotegidas.

Nos dois estudos efetuados em locais, espaço de tempo e população diferente, verificou-se a perceção de participantes que assumem ter contraído uma das doenças infectocontagiosas em causa (VIH, VHB, VHC), dentro do estabelecimento prisional.

Em acréscimo, nenhum caso de tuberculose foi encontrado na população estudada.

Os dados foram tratados através do programa informático Statistical Package for the Social Sciences versão 21.

Conclusão - Os resultados obtidos mostram a existência de comportamentos de risco no meio prisional o que pode motivar a disseminação de infeções. Como a prevenção da transmissão de infeções é um objetivo da Saúde Pública, impõe-se combater, tão rapidamente quanto possível, esses

comportamentos.

Não podemos afirmar que os reclusos não se tenham infetado em qualquer outra prisão, só porque não encontramos nenhum preso que se tivesse infetado neste estabelecimento prisional, entre 2005 e 2008.

Palavras-chave: Reclusão; risco de propagação, VIH, HCV, HBV

ABSTRACT

Context - Infectious diseases in prisoners are partly due to their risk behaviour while incarcerated. The present study aimed at determining the relation between risk behaviour in prison environments and infections with Human Immunodeficiency Virus (HIV), Hepatitis B Virus (HBV) and C (HCV), as well as *Mycobacterium tuberculosis*.

Methods - In this study were analysed data obtained through a single poll conducted in two prisional facilities in Northern Portugal, at different times, comprehending male as well as female populations.

In a universe of 42 women in two study periods (years 2008 and 2010), all of the subjects were infected, with percentual prevalence of the Hepatitis C Virus (HCV). A majority (76%) of the women reported they had been infected outside the prison. They reported having made tatoos (28.5% and 42.8% respectively in 2008 and 2010) and piercings. Among these, 15-7% stated they had been infected in prison.

A transversal study was done with data collected in 2008, 2013 and 2016 with samples from one central establishment in Northern Portugal, consisting respectively in 136, 144 and 146 individuals, totalling 426 in the three years considered.

Analysis of the data has shown infected subjects in all three years: 51.4% in 2008, 51,4% in 2013 and 65.7% in 2016. Cases of co-infection were recorded. As with the female population, men (78.8%) reported having consumed illicit drugs, with hashish as the most prevalent substance. In this sample many instances of risk behaviour were identified, including sharing of syringes and unprotected sexual relations.

The two studies done in different times and places and involving different populations showed that the participants perceived infection as having taken place, as each studied infectious disease (HIV, HBV and HCV) within the penal establishment.

No case of tuberculosis was found in the target population.

The data were treated resorting to the program Statistical Package for the Social Sciences version 21.

Conclusion - The results show the prevalence of risk behaviour in prison environments leading to the dissemination of infection. Prevention of this being a public health policy objective, it is imperative to fight these behaviours as urgently as possible.

While we cannot state with any certainty that prisoners were not infected in

other establishments, we have not found any prisoner that was infected in the studied establishment between 2005 and 2008.

Keywords: Reclusion; propagation, risk, HIV, HCV, HBV

ÍNDICE GERAL

RESUMO	x
INTRODUÇÃO	1
PARTE I – ESTADO DA ARTE	13
CAPÍTULO 1 - A SAÚDE E AS INFECÇÕES	15
1.1. MODOS DE PROPAGAÇÃO E PREVENÇÃO	17
1.2. COMBATE ÀS DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS	22
1.2.1. Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde	22
1.2.2. Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose (PNT)	23
1.2.3. Plano Nacional de Saúde	25
1.2.4. Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/SIDA	30
1.2.5. Programa Nacional para as Hepatites Virais	31
1.3. AS INFECÇÕES VIH, <i>M TUBERCULOSIS</i> , VHC E VHB EM MEIO PRISIONAL	32
1.3.1. VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana	32
1.3.2. <i>Mycobacterium Tuberculosis</i>	33
1.3.3. VHC – Vírus da Hepatite C e VHB – Vírus da Hepatite B	35
CAPÍTULO 2 – O SISTEMA PRISIONAL	37
2.1. A SOCIEDADE RECLUSA	38
2.2. A SAÚDE NO MEIO PRISIONAL	39
2.2.1. Prestação de Cuidados de Saúde em Meio Penitenciário	40
2.3. PREVALÊNCIA E FACTORES DE RISCO DAS INFECÇÕES EM MEIO PRISIONAL	41
2.3.1. O Contexto Social das Prisões	42
2.3.1.1. A Discriminação	43
2.3.2. O Contexto Físico das Prisões	44
2.3.2.1. A Sobrelotação	44
2.3.2.2. A Segurança e Higiene	46
2.4. A REALIDADE PORTUGUESA	47

2.5. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO RECLUSA de 2005 a 2013	47
2.5.1. A Situação em 2005.....	48
2.5.2. A Situação até à Atualidade.....	48
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	51
CAPÍTULO 3 – OBJECTIVOS.....	54
CAPÍTULO 4 – MATERIAL E MÉTODOS	59
4.1. RECOLHA E ORGANIZAÇÃO DE DADOS	60
4.1.1. Instrumentos.....	60
4.1.2. Procedimentos.....	61
4.2. TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS	62
4.3. RESULTADOS.....	63
4.3.1. Estudo da Análise documental.....	63
4.3.2. – Estudo 1 - Participantes do sexo feminino	67
4.3.2.1 – Percepções dos Participantes	67
4.3.3. – Estudo 2 - Participantes do sexo masculino.....	72
4.3.3.1. - Participantes do sexo masculino	73
CAPÍTULO 5 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	81
5.1 - Discussão do Estudo 1 – Reclusos do sexo feminino.....	82
5.2 - Discussão do Estudo 2 – Reclusos do sexo masculino	85
CONCLUSÃO	95
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	107
APÊNDICES	123
ANEXOS.....	124

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - População reclusa: Frequência absoluta (n) e frequência relativa (%) de doenças infectocontagiosas/ano	63
Tabela 2 - Doenças infectocontagiosas: Frequência absoluta (n) e frequência relativa (%) de toxicodependentes/ ano.....	65
Tabela 3 - Doenças infectocontagiosas e sua relação por número de detenções ..	66
Tabela 4 - Prevalência das infeções VIH, VHB e VHC, na população reclusa feminina	67
Tabela 5 - Local e via de transmissão da infeção.....	68
Tabela 6 - Tatuagens e utilização de piercings	69
Tabela 7 - Tipo de drogas e vias de consumo fora da cadeia.....	70
Tabela 8 - Tipo de drogas e vias de consumo no estabelecimento prisional	71
Tabela 9 - Acompanhamento clínico	72
Tabela 10 - Prevalências de rastreios efetuados antes da primeira detenção	73
Tabela 11 - Prevalência das infeções VIH, VHB e VHC em contexto prisional	74
Tabela 12 - Contexto sobre o primeiro conhecimento	75
Tabela 13 - Motivos para o rastreio efetuado às infeções VIH, VHB e VHC	76
Tabela 14 - Comportamentos de risco reportados.....	77
Tabela 15 - Contexto e modo de transmissão da doença.....	78
Tabela 16 - Tipo de drogas e vias de consumos	79
Tabela 17 - Tipo de drogas consumidas em contexto de reclusão	80

INTRODUÇÃO

As doenças infecciosas têm vindo a reassumir relevância crescente a nível europeu e mundial. O aparecimento de novas doenças transmissíveis e a re-emergência de outras que se supunham controladas representa um desafio para a saúde pública.

Ministério da Saúde (s/d, p. 99)

As doenças infetocontagiosas, bem como os agentes patogénicos que introduzidos no organismo as originam, constituem um problema sempre atual no mundo em que vivemos. Muitas populações pobres, económica e culturalmente, vivem comportamentos que se tornam veículos de alta velocidade para a infeção e a sua disseminação. Entre os vários comportamentos de risco destacam-se: as relações sexuais promíscuas e não protegidas; a partilha de equipamentos infetados e usados nas tatuagens e “piercings”; a frequência de bares e cafés pouco arejados, onde se concentram possíveis infetados passíveis da disseminação de infeções através do ar que todos partilham numa perigosa proximidade, tendo em conta o exíguo espaço da maioria dos bares.

Generalidades, enquadramento e justificação do tema

Afetando toda a população, este problema requer reflexão por forma a investir na informação e educação, seja da população em geral, seja da população reclusa, incentivando a novas atitudes no que concerne à erradicação dos comportamentos de risco. Este investimento também deverá passar pela adequação da legislação em vigor aos desafios e exigências do mundo atual.

Neste estudo pretendemos perceber se a prisão constitui um fator de risco, ao nível da propagação de doenças infetocontagiosas - VIH, Hepatite e Tuberculose – tendo em conta o comportamento dos indivíduos que se encontram reclusos.

Esta pesquisa fundamenta-se em dados teóricos e noutros estudos

já levados a cabo por outros investigadores em que foi concluído que nos meios prisionais é frequente a ocorrência da infeção, sendo apontada como causa comum de mortalidade prematura (Frank, 1999) de elevado número de reclusos que, incapacitados, não ficam aptos para a vida ativa quando finda o tempo de reclusão (Antunes, 2005; Bick, 2007; Kamarulzaman et al., 2016).

De facto, é preocupante a existência da infeção na prisão e fora dela por ser a penetração e a multiplicação de microrganismos num organismo maior e mais desenvolvido, causando uma resposta imunológica, que em meios prisionais pode ser muito mais reduzida face à prevalência elevada de certas infeções e face às condições logísticas e humanas de muitas das prisões.

O foco do estudo num estabelecimento prisional tem a ver com as condições logísticas existentes nas prisões portuguesas, em que numa mesma cela um recluso infetado priva diariamente com companheiros não infetados que, desta forma, podem ser vistos como “presos” ao contágio que o recluso infetado lhes possa transmitir. Muitos dos indivíduos condenados levam para a prisão problemas de saúde e, se não os levam, acabam por ficar em situação de risco tendo em conta os problemas de saúde existente noutros reclusos.

De acordo com dados existentes (OPSS, s/d; Crofts, 1997; Weibush, 1992; Levy, 1999), acerca da natureza dos problemas de saúde dos reclusos, há uma conexão entre os problemas de saúde que os presos trazem com eles para a prisão e aqueles com que passam a estar em risco, o que é preocupante porque a contaminação passará, assim, a constituir-se numa outra carga penal para o recluso, ou seja, acaba por ser submetido a duas penas para o mesmo crime. Se, ao procedermos à reclusão destes doentes, esquecemos a doença enfatizando o crime, cometemos uma tremenda e imperdoável violência sobre o detido que a todos poderá infetar para lá do mundo prisional.

De acordo com várias investigações (Chen, Callahan, & Kerndt, 2002), a saúde dentro das prisões torna-se motivo de estudo e ação por afetar, também, a saúde pública uma vez que pode ser contagiante quer

para os familiares dos reclusos, quer para o pessoal que exerce profissão nos estabelecimentos prisionais tendo que privar com indivíduos infetados (Epstein, 2004; Rothstein, 2002). Acresce, ainda, o enorme peso que as doenças infetocontagiosas exercem na economia de um país, ocupando um lugar central no Sistema Nacional de Saúde Português (SNSP). Por isso urge repensar a saúde pública, uma vez que esta é largamente afetada por este tipo de infeções.

As infeções selecionadas para este trabalho de investigação (VIH, Hepatite e Tuberculose) estão presentes em todos os estabelecimentos prisionais em que decorreram pesquisas destinadas a estudos científicos e cuja divulgação já se vislumbra na lenta, mas notória, alteração de certas visões prisionais e mesmo de algumas reflexões no âmbito das visões políticas e leis carcerais.

Comparando as condições contagiosas, entre a população geral e a população prisional, verificamos uma prevalência aumentada para infeções contagiosas, nas prisões, tais como, o vírus da imunodeficiência humana (VIH), as hepatites B (HBV) e C (HCV) e, ainda, a Tuberculose (MTB). Desta forma, com este estudo é nossa intenção poder contribuir para que se determine o papel da vida prisional no comportamento de certas infeções, embora reconhecendo ser demasiado ambicioso, tendo em conta a confinção espacial no universo prisional nacional e no tempo destinado à observação e recolha de dados.

Apesar de tudo, na seleção das infeções contempladas nesta pesquisa fomos fiéis a uma conclusão cientificamente comprovada, apresentada noutros que apontam as principais infeções em ambientes prisionais, para as quais se devem implementar, com brevidade, medidas preventivas. Com o presente estudo também pretendemos contribuir para uma nova dinâmica através do exame da situação real quanto às infeções em estabelecimentos prisionais e ajudar, se possível, na resolução do problema.

Justificando o interesse pelo tema da reclusão como possível fator de risco da propagação de infeções em meio prisional, este surgiu como continuidade de desafios académicos já realizados, nomeadamente uma Pós-Graduação e uma dissertação de Mestrado em Medicina Legal. Em

acréscimo, surgem dois trabalhos de estágios, no Hospital Eduardo dos Santos Silva, em Vila Nova de Gaia, onde foi estudada a associação das Doenças Infetocontagiosas com a Patologia Oral, e, mais tarde, como médica e investigadora no Estabelecimento Prisional de Izeda. Pelo referido, damos a entender um fio condutor e crescente vontade de conhecer, com profundidade, esta realidade.

O projeto aqui apresentado, e que foi aceite pelo Conselho Científico do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, numa primeira fase passou pela consulta dos processos individuais e clínicos dos reclusos e, numa segunda fase, pela aplicação de um inquérito aos reclusos, seguindo-se o tratamento e análise dos resultados obtidos, finalizando com a discussão dos mesmos em comparação e confronto com outros estudos realizados acerca da mesma temática.

Assim, após a aceitação do projeto apresentado, iniciamos a primeira fase deste trabalho em janeiro de 2008 com o pedido de autorização para recolha dos dados necessários à Direção Geral dos Serviços Prisionais (D.G.S.P). Nesta continuidade, alguns constrangimentos surgiram, nomeadamente no que respeita a resposta célere para a obtenção da necessária autorização da DGSP para a recolha dos dados, etapa fundamental para a elaboração do estudo, nos Estabelecimentos Prisionais de Izeda, Paços de Ferreira, Porto e de Santa Cruz do Bispo. A tão esperada resposta só foi efetivada em maio de 2008, com a ressalva de que a autorização foi dada para que as equipas médicas dos estabelecimentos prisionais a contactar, verificassem a viabilidade da execução da investigação e decidissem sobre essa colaboração. Contudo, estas equipas deram o parecer que a referida análise não lhes caberia a elas, mas sim à DGSP, pelo que foi novamente solicitada autorização à autoridade superior que deferiu o pedido em outubro de 2008, com indeferimento relativamente ao Estabelecimento Prisional do Porto.

Entretanto, outros constrangimentos contribuíram para atrasos do estudo, sendo um deles a falta de informatização nos locais prisionais, o que dificultou a recolha da informação.

Em Santa Cruz do Bispo (masculino) a recolha não pôde processar-se

devido a obras que decorriam no edifício onde estão arquivados os registos clínicos dos reclusos, pelo que nos foi vedado o seu acesso e manuseamento. Por esta razão, apenas foram aplicados os inquéritos às reclusas do Estabelecimento Prisional Feminino de Santa Cruz do Bispo.

Relativamente ao Estabelecimento Prisional de Paços de Ferreira, a pesquisa foi-nos dificultada sistematicamente porque, diferentemente dos outros estabelecimentos prisionais, só poderíamos consultar os processos clínicos em presença do clínico da prisão. Devido à incompatibilidade de horários, a pesquisa nunca pôde realizar-se, apesar dos muitos contactos feitos e das constantes deslocações àquele estabelecimento prisional.

Esta falta de colaboração fez-nos refletir que, apesar de a investigação científica, neste âmbito e nesta temática, ser de importância primordial para a saúde pública, ainda é considerada matéria incómoda, justificando a fraca receptividade para a realização destes trabalhos. Contudo, é de realçar a receptividade do Estabelecimento Prisional de Izeda que, não só possibilitou toda a pesquisa necessária, como a facilitou e completou pela prestimosa ajuda personificada no Diretor Dr. Mário Torrão.

Importa salientar que, para abordar e compreender a temática em torno da propagação de infeções em meios prisionais, será preciso conhecer, para além do peso destas patologias, os meios prisionais, neste caso concreto, de alguns estabelecimentos no norte de Portugal. Estas instituições podem ser grandes focos de infeções e, ainda, da sua disseminação fora dos muros das prisões, já que a elas não se confinam.

Durante a convivência com os pacientes reclusos sensibilizou-nos o facto de, para além das odontalgias, se queixarem de dores várias e apresentarem alterações psicológicas. Reconhecendo o caminho que já tem sido percorrido, em que a humanização das prisões é um velho almejo, não podemos deixar de referir que a caminhada tem sido lenta, que precisa de estugar o passo, uma vez que estamos convictos que a humanização e a prevenção constituem o verdadeiro combate à infeção.

Nesta senda, procuramos uma possível relação entre os períodos de reclusão e as infeções VIH, hepatites e tuberculose em meios prisionais. Foi nossa pretensão apurar se a prisão pode ter sido local de infeção, se a vida

prisional pode ser indutora das vias infecciosas, promotora de comportamentos de risco, onde o recluso se possa infetar.

A sobrelotação dos espaços prisionais e os comportamentos de risco ali existentes articulam-se com os objetivos propostos, quando os tentamos relacionar com os modos de propagação destas infeções em meio prisional. Também pretendemos saber qual a via que o recluso aponta para a sua infeção, como avalia os cuidados clínicos da prisão, que utilidade encontra nos Programas de Trocas de Seringas e, finalmente, se usa *piercings* e / ou tatuagens e onde os fez colocar, uma vez que é importante que a população saiba que, quer o *piercing*, quer a tatuagem, podem ser uma porta perigosa para a infeção e, por consequência, um caminho para a morte (Ferreira, 1996).

Esperamos que o nosso estudo contribua para a implementação de medidas mais abrangentes e adequadas à sociedade em que vivemos e que sejam medidas reestruturantes e articuladas.

Algumas das complicações de saúde correlacionadas com as infeções onde as relações reclusão/recluso/infeção serão estudadas, embora restringidas a uma parte do nosso todo prisional, ao tempo em que irá efetuar-se e ao material que nos foi disponibilizado pelos estabelecimentos prisionais irão ser o objeto dos capítulos que se seguem.

De acordo com o Comité dos Direitos Humanos: “os Estados têm obrigações positivas para com as pessoas que são particularmente vulneráveis devido ao seu estatuto como pessoas privadas da sua liberdade.” (Bruce, Douglas, Schleifer, 2008, p. 20). Atualmente, muitos países desenvolvidos reconhecem que o Estado e a sociedade não estão suficientemente preocupados com o bem-estar dos reclusos, o que reflete negativamente na sua economia e na sua saúde pública (Jacobi, 2005), por isso, é necessário olhar para o indivíduo recluso com novos olhos, e sem lhe retirar os seus direitos, investindo na sua possível reintegração social, como uma peça humana reciclada, preparada para dar o melhor de si e exigir o melhor dos outros. Peça humana reciclada na medida em que, por ter sido integrado com sucesso nos programas de instrução e de formação da prisão, o recluso apresenta-se devidamente apetrechado para enfrentar os

desafios do mercado de trabalho que antes, provavelmente, o rejeitou. A peça humana reciclada também pode ser traduzida pela formação adquirida e que o capacitou para compreender e ser capaz de aderir às vantagens do abandono dos seus comportamentos de risco. Por sua vez, o termo “reciclado” remete para o facto de passar a fazer parte integrante dos que entendem os caminhos preventivos contra a infeção e querem por eles caminhar definitivamente.

Segundo Santos (1998) é preciso ver o preso, de uma vez por todas, fora da anquilosada visão Howardiana, prisão versus castigo, que conduzia à ideia final de que a prisão era a natural e inevitável forma de castigar, de punir. Esta visão implica castigo geral da população, uma vez que a detenção do infrator vai implicar na dimensão económica do país, sendo que o contágio que aumenta nas concentrações prisionais tem custos elevados e escusados no âmbito da saúde pública.

O mesmo autor diz que o recluso precisa de ser visto como gente, e que é necessário compreender que é sempre maior uma pessoa que a sua culpa, sendo que uma pessoa só é culpada enquanto não paga o que a sociedade entendeu ser a sua devida sentença, com tudo aquilo que esse entendimento tem de subjetivo, por vezes até discriminatório e abusivo. Ou seja, a reclusão a que foi sentenciado salda a sua dívida para com a sociedade que o puniu afastando-o dela temporariamente, mas conservando-lhe e devendo garantir-lhe todos os seus direitos de cidadania exceto o direito à sua liberdade. Nos outros direitos do recluso está sempre incluído o direito à saúde, por vezes parcial e perigosamente negado durante a sua reclusão o que pode ser origem de contágio de várias infeções.

Nesta linha de pensamento, Jacobi (2005) afirma que o preso terá de ter acesso a cuidados de saúde adequados e suficientes, pois se não cuidarmos os presos seremos nós os prejudicados, porque não há saúde prisional fora da saúde pública.

Segundo estudos realizados (Antunes, 2005; Bick, 2007; Jacobi, 2005), vários países esforçam-se para dignificar os seus reclusos procurando não sobrecarregar as suas penas com cargas extras e ilegais, reconhecendo o direito de todos à saúde e, por conseguinte, tomando eficazes medidas para

o combate à doença contagiosa. Da teoria à prática vai, no entanto, uma distância muito significativa e uma implementação morosa.

É inegável que uma infecção contraída em reclusão irá alterar a qualidade e o tempo de vida do recluso. Assim, urge impedir que o contágio se torne numa pena de morte, já que esta foi abolida do nosso universo penal desde 1852.

O recluso tem que ser encarado como pessoa que perdeu a sua liberdade como ser encarcerado, mas não deixou de ter os seus direitos e os seus deveres, mesmo que o crime praticado tenha sido desumano. Desumanizá-lo é destruí-lo dando continuidade a uma forma de pena banida do nosso sistema penal, fazendo renascer formas torturantes de viver. Será como expor o condenado a uma execução lenta e a cargo de múltiplos castigos, ou seja, as infeções, as coinfeções e o consentimento da sociedade. (Morris & Rothman, 1998).

Durante a recolha de dados, ao ouvirmos os reclusos tomamos conhecimento que estes homens, que se injetam por vezes com agulhas infetadas na calada da noite, têm paradoxalmente medo da seringa que precisa de os anestesiar no caso dos tratamentos dentários. Estes presos tantas vezes violentos, capazes de matar, desmaiam na cadeira da dentista e queixam-se como crianças amedrontadas. O pior é que as suas bocas podem estar cheias de podridão, que pode ter sido provocada por um foco de infeção, que já vem de muito longe. São bocas que retratam a pobreza dos que não se tratam, pois não têm meios para o fazer, ou até porque não possuem a informação necessária de como o devem fazer e das consequências de o não fazerem.

São muitas as formas de se cumprirem penas e poucos se lembram que podem fazer também penar, e muito, a sociedade que não está em reclusão, pois as penas que indevidamente acabam por incluir o contágio, são sentenças com ricochete incluso para quem as sentenciou e para quem o não fez, nem concorda que tenha sido feito. É dessa dita restante sociedade que deve partir a busca de soluções que comecem por diminuir as infeções que teremos de acabar por erradicar. Sendo embora este desejo legítimo ainda uma utopia pelo longo prazo que lhe prevemos, não podemos

pactuar com o marasmo na aplicação de ferramentas e atitudes à altura de uma melhor prevenção e tratamento.

As prisões que estudamos, para esta investigação, parecem muito longe das prisões portuguesas de séculos anteriores, descritas por autores conceituados (Gonçalves, 1989), como sendo desumano o procedimento dos monges cristãos para com os prisioneiros que eram encarcerados, até perderem a vida, em locais escuros, geralmente nas masmorras subterrâneas, e proibidos de ver a família (Santos, 1999).

A reclusão não pode banir a dignidade da vida do recluso. E se já temos hoje reclusos em muitos tipos de formação - reclusos a frequentarem as bibliotecas dos estabelecimentos prisionais, reclusos a integrarem equipas de futebol, a escreverem artigos para os jornais das prisões e essencialmente reclusos a trabalharem dentro do estabelecimento prisional e fora dele para a comunidade – ainda não temos uma sociedade que os receba sem desconfiança. Não podemos prolongar vitaliciamente a culpa e excluir socialmente por via dela. A dívida com a sociedade, saldada já quando do retorno à liberdade, tornar-se-á por esta via em dívida vitalícia, num ferrete, numa nódoa que não se apaga sem que o seu portador se apague também, morrendo juntos culpa e culpado.

Podemos supor uma sociedade sem reclusos? Ainda não. Um dia, estamos em crer, lá chegaremos. Podemos supor hoje uma sociedade que considere a reclusão um estado de transição em que se estão a preparar indivíduos, cuja anterior impreparação conduzia à doença moral, mental e física? Ainda não, lá chegaremos, mas se queremos que finde a reclusão teremos de começar a agir nesse sentido. Segundo o Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT, 2005), desde a década de 1960, os acordos, estratégias e planos de ação das Nações Unidas e da União Europeia vêm reafirmando e reforçando o princípio da oferta de tratamento, educação e reabilitação, em alternativa à prisão e às sanções penais para os delitos relacionados com a droga.

Podemos sonhar uma sociedade que se preocupa com a Saúde Pública e, também, com a saúde dos seus reclusos? Talvez... Não atingindo, ainda, graus de excelência, os atuais procedimentos já mostram

essa preocupação. O rigor dos números, versus insuficiência e hipocrisia das mudanças já anunciadas é que tardam e, muitas vezes, nem chegam a ser total e devidamente implementadas, o que nos conduzirá, por certo, a conclusões de grande interesse.

De acordo com estudos conclusivos realizados na Europa, na América do Norte, na Austrália e em outras regiões do mundo (Watson et al., 2004), o cuidado com a saúde nas prisões é uma área de preocupação. No entanto, os cuidados de saúde prisionais não são muitas vezes os que deveriam ser (Hammett & Harmon, 1999). Entendemos que esta seja uma das razões dos entraves, como pudemos constatar, à análise das reais situações no interior das cadeias.

Teremos de olhar as mudanças com mais atenção para evitarmos que, com os conhecimentos que atualmente temos sobre os reclusos, nos faça cair na ilusão de que basta resolver alguns problemas de saúde para que todos os outros se resolvam a curto prazo. Resolver apenas alguns problemas de saúde não é suficiente. Há um sem fim de necessidades a que, hoje, os reclusos têm direito, que urge serem levadas em conta: a informação e a prevenção, que atualmente se lhes disponibiliza; o trabalho em reclusão, que hoje se lhes proporciona; a instrução que se lhes propõe; os cuidados sociais e a inserção social, após a sua libertação, que hoje se lhes promete e parcamente se cumpre...

Àquele que antes da sua detenção física já se sentia prisioneiro da sua incapacidade de competir no mundo do trabalho, o que lhe iria possibilitar a condição económica imprescindível à sua sobrevivência, terá de ser motivado para que a sua natural rejeição do tempo de reclusão que lhe cabe cumprir, não o faça também rejeitar as vias de formação e de instrução que a prisão lhe disponibilizar, as informações que necessita sobre a prevenção da infeção que o ameaça dentro do apertado intramuros.

A pobreza e a falta de formação são a principal fonte da infeção, levam-na a toda a parte onde depois grassará. Estamos convictos que, travando a miséria e a ignorância, travaremos boa parte da infeção na população reclusa e não reclusa.

O preso, cuja miséria anterior à sua reclusão o terá impedido de quase

tudo, poderá entender a prisão uma forma de obter os cuidados de saúde de que nunca dispôs e, ainda, o caminho do conhecimento para manter a sua saúde moral, mental e física através da oferta de uma formação socioprofissional que lhe possibilite adquirir bens de consumo, como a restante sociedade, quando da sua almejada reinserção social.

São fatores de revolta que dificultam a sua integração no meio prisional assim como a sua reinserção futura à sociedade, que ele rejeitará sempre, como rejeitará a família que, se o não chegou a rejeitar, não soube ou não pôde desempenhar o papel de uma família, a sociedade que o discriminou, o Estado que talvez o tenha mantido como gente de pouca monta, dando prioridade a tanto que não é prioritário.

Ajudando o recluso a entender que, como não pode fugir à sua reclusão, deverá aproveitá-la, para não se ver forçado a viver condições de miséria que o conduzam a uma reincidência, a prisão lucra na sua vivência diária, nas suas condições de segurança e o recluso lucra na possível diminuição do tempo de reclusão, na aquisição de preciosas capacidades e ferramentas de trabalho, lucrando duplamente o Estado por meio de todas estas vias.

De uma forma acelerada, há que despoletar os antigénios da pobreza e da iliteracia para realmente combater a infeção, porque na rapidez e na eficácia destes procedimentos estará o ganho de toda a sociedade. Nesta senda, implementar os fatores que colaboram com a saúde do recluso e expurgar aqueles que a destroem terá de ser o caminho das nossas políticas prisionais.

O novo preso, criação de uma nova prisão realmente reformada na qual ele soube socorrer-se dos meios de sobrevivência que afinal só ela lhe pôde dar, será um novo homem quando regressar à liberdade depois de saldadas as suas contas com a justiça e a sociedade.

Uma reflexão sobre os valores de base do encarceramento não é coisa nova e deve passar por todos nós e pelo Estado. Este é o último interessado na reposição, ou na manutenção, das condições humanas daqueles que condena e na sua saúde mental e física. O Estado só será uma pessoa de bem se respeitar os cidadãos, a sua segurança, o seu bem-estar.

Organização do Estudo

O estudo encontra-se dividido em duas partes, a primeira referente à fundamentação teórica e a segunda ao estudo empírico, dois capítulos na primeira parte e três na segunda parte.

No **Capítulo 1** – A Saúde e as Infecções – dá-se início ao estado da arte que fundamenta este estudo, perspetivando a sua propagação e prevenção para a melhoria de todos, em geral, e para os reclusos em particular.

Por sua vez, no **Capítulo 2** – Sistema Prisional – esclarecemos os conceitos de Sociedade Reclusa, Saúde e Prevalência e Fatores de Risco das Infecções em meio Prisional. Depois da visão macro do sistema focalizou-se para o contexto português. Foi ainda caracterizada a População reclusa de 2005 a 2016, por se enquadrar no nosso espaço de tempo de investigação.

No seguimento do enquadramento teórico, inicia-se a Parte II com o **Capítulo 3** – Objetivos – nos quais se identifica o que se pretende alcançar, o que é concreto e existe independentemente do pensamento.

No que concerne ao **Capítulo 4** – Materiais e Métodos – onde se faz a descrição de três estudos, efetuados em momentos distintos, em dois estabelecimentos prisionais do norte de Portugal. A análise quantitativa, realizada com o software SPSS, possibilitou quantificação das perceções dos reclusos do sexo feminino e do sexo masculino.

No que diz respeito ao **Capítulo 5** – Discussão dos Resultados – analisam-se os mesmos em paralelo com os autores que sustentam o estudo.

Segue-se, a **Conclusão** e as **Referências Bibliográficas**.

Por fim os **Apêndices**, constituindo uma mais-valia para o entendimento da investigação, uma vez que alguns foram concebidos pela própria investigadora, nomeadamente os dois inquéritos por questionário à população reclusa, importante fonte de recolha de dados.

PARTE I – ESTADO DA ARTE

CAPÍTULO 1 – A SAÚDE E AS INFEÇÕES

A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeções e enfermidades.

Organização Mundial de Saúde (1948, p. 100)

O Homem, como um ser biopsicossocial, deve ser visto como um todo em harmonia, com saúde apesar das flutuações temporárias e não apenas a “ausência de afeções e enfermidades” (OMS, 1948, p.100). A saúde mental é a base para o bem-estar individual e coletivo através do bom funcionamento de uma comunidade (WHO, 2001).

Para além do nosso conhecimento específico nas ciências biomédicas, acreditamos ser de senso comum que a maioria das doenças, mentais e físicas, é influenciada por uma combinação de fatores biológicos, psicológicos e sociais. Por tal facto, quer as perturbações mentais quer as infeções resultam de muitos fatores, nomeadamente sociais e ambientais, que podem afetar a todos, em toda a parte (WHO, 2001).

Associada aos cuidados de saúde (IACS), sabe-se que a infeção é “uma situação sistémica ou localizada resultante de uma reacção (ou agentes) infecciosa ou da sua toxina (ou toxinas)” (Costa, Silva, Noriega & Gaspar. 2009, p. 12). Neste entendimento, numa sociedade global, caracterizada por permanente transformação e incerteza, torna-se fundamental reforçar os cuidados de saúde e atualizar os conceitos sobre as infeções, por forma a definir os critérios a nível nacional, com base nos documentos internacionais existentes.

Por isso importa reforçar que existem agentes infecciosos de fonte exógena e endógena para a infeção adquirida no hospital. Como fontes endógenas, identificam-se as “zonas no corpo, como a pele, o nariz, a boca, o aparelho gastrointestinal ou a vagina onde normalmente existem microrganismos” (idem, p.12).

Como fontes exógenas, causas exteriores ao indivíduo, que podem levar as pessoas a contagiar ou a serem contagiadas por uma infeção

destacam-se “os profissionais prestadores de cuidados de saúde, os familiares e outras visitas, equipamentos médicos utilizados na prestação de cuidados, dispositivos ou o ambiente envolvente” (ibidem, p.12).

Um aspeto importante é que a observação direta do local infetado ou a revisão da informação dos registos clínicos (exame endoscópico, ou outro exame) pode servir como evidência clínica. Além disso, as infeções em recém-nascidos que resultem da passagem pelo canal vaginal são consideradas infeções adquiridas no hospital.

Assim sendo, a IACS é um evento histórico e social e não apenas biológico. Exige investimento científico, tecnológico e humano para a integração de medidas de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde (Pereira et al., 2005).

Grande parte das infeções associadas aos cuidados de saúde são um problema sério e podem ser evitadas, embora os custos financeiros e sociais sejam enormes. Em todo o mundo as IACS são o evento adverso mais frequente nos hospitais. No entanto, existem soluções capazes de atenuar esta calamidade, ou seja, algumas medidas de prevenção e controlo da infeção que apenas requerem a responsabilização e a mudança de comportamentos de utentes e profissionais de saúde, como é o ato simples de lavagem das mãos (Costa, 2011).

De facto, reunindo esforços de todos os grupos profissionais por forma a todos trabalharem na mesma direção, cada cidadão tem um importante papel, em casa, no seu local de trabalho, em locais públicos, para a prevenção e controlo da infeção, assim como no recurso a meios que contribuam para a diminuição do risco de disseminação (Coelho et al., 2011; Vasconcelos et al., 2011).

Segundo Costa, Silva, Noriega & Gaspar (2009, p.13), não são consideradas IACS:

“as infeções associadas a complicações ou extensão de infeções já presentes no momento da admissão, excepto se ocorrer mudança no agente patogénico ou os sintomas sugiram claramente a aquisição de uma nova infeção;
as infeções nos recém-nascidos que tenham sido adquiridas através da placenta (por exemplo, herpes simples, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus ou sífilis) e se tornem evidentes até às 48 horas depois do parto;

a reactivação de uma infecção latente (por exemplo, herpes zoster, herpes simples, sífilis ou tuberculose).”

Fora dos hospitais, as principais causas exógenas para o foco infeccioso prendem-se com a clandestinidade da realização de algumas atividades, precários cuidados de saúde, falta de verbas, em especial para os reclusos. Fatores como a falta de investimento na saúde prisional da parte dos governos e a persistência de visões carcerais discriminatórias em relação aos reclusos provoca insuficiência na informação e na mudança de atitudes que poderão dificultar a superação, no curto prazo de tempo, da infeção. No que respeita a este assunto, Confort (2004, p.3) afirma:

“Não aceitamos que todo este estado de coisas se possa imputar só às más condições económicas, ou às leis em vigor nos referidos países e lembramos o que vários estudos referem quando apontam para o quinhão dos seus orçamentos que é reservado a despesas ditas de armamento, destinadas à sua defesa, já que o ataque nunca é citado mesmo pelos países agressores. Canalizassem menos dinheiro para armamento e mais para a sua saúde prisional e ver-se-ia depois o efeito de tal alteração na sua saúde pública.”

As infeções espalham-se com facilidade nas nossas prisões. No entanto, não têm sido estudadas em todos os países de forma sistemática, pelo que ainda não há soluções para acabar definitivamente com a sua disseminação, quer dentro dos estabelecimentos prisionais, quer na sociedade livre. A tudo isto acrescenta-se o facto de muitos países não facilitarem o acesso aos dados necessários para os estudos que poderiam determinar novos caminhos de saída para a situação atual, já que existe o medo de as suas prisões serem culpabilizadas pela manutenção de certos comportamentos de risco dos reclusos.

1.1. MODOS DE PROPAGAÇÃO E PREVENÇÃO

Como referido, muitas vezes as doenças decorrem do contexto e das condições ambientais às quais as pessoas são expostas. Nesse sentido, as infeções que se manifestam fora do ambiente hospitalar, na comunidade, ou em pacientes nas primeiras 48 horas de internamento estão associadas a fatores sociais e ambientais, os fatores extrínsecos à pessoa. Estas infeções

revelam maior prevalência em regiões com as seguintes características: reduzida escolaridade, precárias condições de habitação por falta de acesso à água potável e a saneamento básico (Castro et al., 2008; Barbosa et al., 2009; Schwartzmann et al., 2010). A etiologia clássica relaciona-se a fatores intrínsecos aos indivíduos como a hereditariedade, a congeneridade, do sistema imunitário e de comorbidades.

Segundo vários autores (Rouquaryol, 2013; Araújo, Farias & Rodrigues, 2006, Nunes, 2009) as doenças infecciosas são transmitidas de forma horizontal: direta ou contágio, direta imediata, direta mediata, indireta; ou de forma vertical.

A **transmissão horizontal** acontece quando o agente infeccioso é transmitido de um indivíduo, da mesma espécie ou não, para outro. Esta pode ser por: **Transmissão direta** ou **contágio**, quando a transferência ocorre, de um ser animado ou inanimado que transporta um agente etiológico) sem a interferência de veículos; **Transmissão direta imediata**, quando existe contacto físico entre o primeiro portador do vírus infeccioso e o novo hospedeiro; **Transmissão direta mediata**, quando não existe contacto físico entre o agente primário portador de infeção e o novo hospedeiro (por exemplo, através das secreções oronasais); **Transmissão indireta**, quando a passagem do agente etiológico acontece por meio de veículos animados ou inanimados (por exemplo: objetos do uso pessoal do portador, água, alimentos, ar, solo...).

A **transmissão vertical** acontece quando a mãe é portadora do vírus infeccioso (sendo o mais comum o VIH). Este pode passar da mãe para o bebé durante a gestação ou durante o trabalho de parto por contacto com as secreções cérvico-vaginais e o sangue materno e, ainda durante a amamentação.

O ambiente que nos cerca está carregado de microrganismos: resíduos humanos, alimentos, água, atmosfera, corpo, roupa, animais, plantas... a ecologia também é composta por microrganismos, por isso importa compreender a interação destes com o ser humano, uma vez que são poucos os que não apresentam perigo para o homem (DGS, 2007).

Apesar dos progressos já realizados no combate às doenças

infeciosas, nomeadamente através do recurso a antibióticos, a verdade é que continuam a aparecer resistências aos antimicrobianos, continuam a surgir doenças infecciosas que se pensavam erradicadas, continuam a nascer novos agentes infecciosos e a identificar-se novos agentes causadores de infeções noutras doenças (Postigo, 2011; Ross, 2013).

O risco de ocorrência de infeções numa unidade de saúde necessita da existência de uma fonte ou reservatório de microrganismos/infeção; vias de transmissão dos microrganismos/infeção e um hospedeiro (DGS, 2007). As bactérias e os vírus, menos frequentemente os fungos e raramente os parasitas, são os causadores de grande parte das infeções nosocomiais (atualmente denominadas por IACS). As bactérias e os vírus são agentes patogénicos causadores da doença, pela virulência e grande capacidade de invasão dos tecidos. Outro fator a ter em conta é o número de microrganismos necessário para provocar a infeção, bem como o agente causador da infeção relativamente ao hospedeiro, uma vez que num mundo carregado de micróbios, apenas um pequeno número de espécies consegue causar infeção numa pessoa saudável (DGS, 2007; Fernandes et al., 2000).

Conhecendo a cadeia epidemiológica da infeção mais fácil será implementar as medidas de isolamento e outras medidas interventivas. Assim, há que perceber alguns modelos de representação de fatores etiológicos que permitem a interpretação das suas interrelações e respetivas medidas de intervenção, a saber:

1. **Cadeia linear:** representa uma sequência de acontecimentos e enfatiza a figura do agente. É um modelo racional para aplicação às doenças infecciosas em geral.
2. **Tríade ecológica:** agente, hospedeiro, ambiente. Esta tríade sugere que, tanto as características do agente como as do hospedeiro e do ambiente devem ser tidas em conta quando se estuda as infeções.
3. **Modelo da roda:** O hospedeiro estaria no centro da roda com a sua carga genética, anatomia e fisiologia, estilo de vida, e seria cercado pelos meios biológico, físico e social. Os desequilíbrios desta inter-relação estariam na origem da doença.
4. **Modelo sistémico e a rede de causas:** causas múltiplas – múltiplos efeitos (DGS, 2007, cit. por Oliveira, 2012, p.37).

De acordo com a DGS (2007), estes modelos serão uma ajuda

para atacar os pontos mais fracos da cadeia a partir da interrelação entre os diferentes fatores, uma vez que facilitarão especificar as ações na tentativa de controlar e combater as infeções.

Importa registar algum vocabulário específico que ajudará a compreender a dinâmica das infeções. Assim, denomina-se:

- **Reservatório** todo o ser vivo (homem, animal, planta), assim como o solo ou matéria inanimada, onde um agente infeccioso vive e se multiplica e do qual depende para sobreviver e se reproduzir por forma a ser transmissível a um suscetível hospedeiro (OPAS, 2010).

- **Porta de saída** o local de saída do agente infeccioso do seu hospedeiro, sendo apontadas como principais portas de saída: vias respiratórias cujas doenças são consideradas de maior difusão e de mais difícil controlo, tais como: tuberculose, influenza, sarampo; órgãos genitais, facilitando a saída para doenças de transmissão sexual e sífilis; sistema digestivo, facilitando a saída para doenças como a febre tifoide e hepatite; a pele, facilitando a saída do agente infeccioso através do contacto direto com lesões superficiais para doenças como varicela, sífilis, herpes zoster... ou através de picadas, mordidas e perfuração por agulha ou outro material em contacto com sangue infetado; a placenta, embora sendo protetora do feto contra a infeções da mãe, consegue ser porta de saída para alguns agentes infecciosos como: sífilis, rubéola, toxoplasmose, VIH... (OPAS, 2010).

- **Porta de entrada** local por onde um agente infeccioso entra para um novo hospedeiro e reservatório. Podem ser portas de entrada de microrganismos: lesões na pele e picadas; mucosa dos olhos; aparelho digestivo, por ingestão de alimentos contaminados; aparelho urinário; aparelho respiratório, por inalação de ar contaminado; sistema circulatório, por lesões na pele (ARSN, 2014).

- **Modo ou via de transmissão** a maneira como o agente infeccioso se transmite do reservatório até ao hospedeiro.

A forma mais frequente de transmissão de infeções acontece por **contacto físico direto**, ou seja, uma pessoa infetada transfere o microrganismo a outra, que passa a ficar com a infeção, por exemplo, através de troca de fluidos orgânicos, através do sangue, expectoração, mãos

contaminadas... também se pode transmitir infeções por **contacto indireto**, por ingestão de bebidas ou alimentos contaminados, por contacto com objetos inanimados contaminados (produtos de higiene pessoal, roupa, terra, utensílios variados) ou com animais contaminados. Algumas infeções podem ser transmitidas através de um **veículo**, como por exemplo, o sangue contaminado de uma pessoa com hepatite. A **via aérea** também é uma forma de propagação de doenças e infeções, quando alguém inala ar ou poeira contaminados que foram expelidos pela tosse, espirro, riso ou fala. A via aérea pode ser responsável por epidemias, como a gripe e a tuberculose, por ser um meio de fácil e rápida propagação de vírus e microrganismos contaminados (ARSN, 2014).

Como forma de rever e avaliar programas ou riscos associados à propagação de infeções e ainda facilitar a partilha de informação, a cooperação e a participação multidisciplinar, existe a Comissão de Controlo de Infeção (CCI), nas unidades de saúde públicas e privadas (Ducel et al., 2002; OEDT, 2004).

Não esquecendo que a saúde é um direito universal, integral e igualitário de todos os seres humanos, a mesma (a saúde) é uma condição que se produz nas relações com o meio físico, económico e sociocultural, estando vulnerável ao meio em que se vive (WHO, 2001).

A prevenção na saúde tem muitos benefícios, tais como a deteção precoce e o tratamento da doença e a oportunidade de modificar comportamentos que aumentem o risco de contrair novas doenças. No entanto, esta prevenção não está universalmente disponível. Existem populações mais vulneráveis em que as barreiras aos cuidados de saúde são maiores. Entre elas conta-se as populações reclusas. Entre estas existem problemas comuns como a doença mental e o consumo de substâncias (Stadon, Leukefeld, & Logan, 2001).

Os reclusos que são libertados, com maior incidência nas mulheres, ficam em grande risco de contrair várias doenças evitáveis se não receberem os cuidados preventivos adequados de saúde na comunidade (Sabol, Minton, & Harrison, 2007).

1.2. COMBATE ÀS DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS

Como referido anteriormente, as alterações das sociedades democráticas, nos finais do século XX e na primeira década do século XXI, originaram uma sucessão de documentos orientadores, para a diminuição de doenças infetocontagiosas nas prisões e consequente melhoria de vida dos reclusos. As mudanças incidiram sobretudo em definir programas para o combate na evolução de doenças infetocontagiosas. Assim, vários normativos surgiram: em 1995, o Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose; em 2003, o Plano Nacional de Saúde; o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/SIDA 2012-2016, em 2011.

A seguir, apresentam-se e analisam-se os documentos acima citados. A ordem cronológica, subjacente à sua enumeração, visa facilitar o entendimento e análise dos documentos em ação, no terreno.

1.2.1. Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2006), a infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é um constrangimento ao adequado tratamento dos doentes a nível mundial, é uma importante causa de morbilidade e mortalidade e, ainda, contribui para o acrescido consumo dos recursos hospitalares e da comunidade.

Nesta senda, o Ministério da Saúde, em 2007, resolveu reformular o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde, para diminuir, a nível nacional, a incidência da IACS. Assim, os objetivos gerais consistiam em conhecer, com rigor e de forma continuada, a incidência e a natureza da IACS nas unidades prestadoras de cuidados do Serviço Nacional de Saúde com maior risco de infecção e diminuir, em 5% até 2013, a IACS nas unidades prestadoras de cuidados do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

À semelhança dos programas internacionais, **as Estratégias de Actuação Nacional** iam ao encontro do desenvolvimento de sistemas de vigilância epidemiológica (VE) que integravam os principais indicadores de qualidade de estrutura, de processo e de resultado. Além disso, pretendia incentivar e promover o ambiente seguro nas unidades de saúde e as boas práticas de higienização e desenvolver políticas de racionalização na utilização de antimicrobianos (antibióticos, anti-sépticos e desinfectantes) entre outras (Oliveira, 2012).

Este Programa, cuja coordenação esteve a cargo da Direção Geral de Saúde, foi elaborado para ser implementado a nível nacional em dois grandes momentos: um até 2009 e o outro até 2013, com ajustamentos sempre ao longo das fases de elaboração e implementação.

1.2.2. Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose (PNT)

Reconhecendo a tuberculose como um problema de saúde epidémico, crescendo descontroladamente em muitas regiões do mundo, “a OMS declarou a doença como uma emergência global, em Abril de 1993” (DGS, 1995, p.3). Um importante problema de saúde pública que assola, também, Portugal, devido a “razões de natureza sócio-económica, aliadas ao facto de as medidas de prevenção, diagnóstico e tratamento, assim como de controlo e avaliação dos resultados obtidos no combate à doença não terem, até à data, sido suficientemente aplicadas” (ibidem).

A estas razões acresce o enorme aumento de toxicodependentes, portadores de VIH e de *bacilos de Koch*, bem como a entrada de imensos imigrantes de países onde a tuberculose ainda prevalece em grande escala.

Assim, com o Despacho N° 218 do Diretor-Geral da Saúde de 20 de setembro de 1995, surge o Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose (PNT), inserido no âmbito do Plano Nacional de Saúde, com o objetivo de regulamentar, orientar e coordenar as atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, bem como definir as condições técnicas para uma adequada prestação de cuidados e planeamento da política nacional de saúde. Este programa contínuo e gratuito visava adaptar-se às

necessidades expressas da população, estar integrado na estrutura sanitária da coletividade e considerar todos os doentes com os mesmos direitos e regalias, garantindo idêntico acesso à prestação de cuidados de saúde (DGS, 1995).

Importa referir que esta doença afeta principalmente os grupos socioeconómicos mais desfavorecidos, pelo que se considera de extrema importância a prescrição de cuidados, na luta antituberculosa, de forma gratuita, quer durante o tratamento, quer durante as ações de prevenção e de diagnóstico precoce.

No programa de ação pode-se encontrar as cinco áreas de atuação: **Estatística e epidemiologia** – em que se menciona a obrigatoriedade da notificação à Autoridade de Saúde, em impresso próprio, nos termos da Portaria n.º 766/86, de 26 de Dezembro. Após receber a notificação, a Administração Regional de Saúde transmite aos Serviços Centrais e aos serviços prestadores para que sejam ativadas as ações necessárias.

Prevenção – Assente em três pilares, a prevenção é uma importante área de atuação pela “detecção precoce de casos, seu tratamento eficaz e vigilância dos contactos; Vacinação BCG - Nos recém-nascidos e revacinação de acordo com o Plano Nacional de Vacinação e Quimioprofilaxia - Nas crianças menores de cinco anos de idade, conviventes de doentes eliminadores de bacilos identificáveis em exame directo (D+); em situações de imunodepressão” (DGS, 1995, p. 12).

Diagnóstico – após estes passos, há que implementar o diagnóstico precoce: rastreio passivo, em que deve ser pedido que os suspeitos com queixas respiratórias (tosse e expectoração) sejam submetidos ao exame clínico e radiológico, a baciloscopias (três, de preferência em dias consecutivos) e a prova tuberculínicas de Mantoux; Rastreio ativo - mais direccionado para imigrantes, habitantes de zonas degradadas, sem abrigo, reclusos, internados em lares de terceira idade e hospitais psiquiátricos – consistindo em ações como radiorrastreio, execução de provas tuberculinas e baciloscopias.

Tratamento – visando não só a cura da doença, mas também o desaparecimento das fontes de infeção, o tratamento gratuito deve ser

assegurado pelos Serviços de Saúde, durante, pelo menos, seis meses.

Controlo e Avaliação – como qualquer programa cuja meta é o sucesso, a avaliação permite verificar a taxa de morbilidade, mortalidade e de execução do Programa. Para tal, é “indispensável que, a nível de cada sub-Região de Saúde, se faça a primeira apreciação estatística de forma integrada, de modo a permitir uma intervenção directa para corrigir desvios patentes” (DGS, p. 15).

1.2.3. Plano Nacional de Saúde

No início da década de 2000 iniciou-se a elaboração e discussão do Plano Nacional de Saúde (PNS) com a intenção de ser aplicado a partir de 2004 e com metas até 2010, tendo como objetivos estratégicos: melhorar a saúde, centrar a mudança no cidadão e garantir os mecanismos adequados à sua execução.

Segundo a Alta-Comissária da Saúde (ACS), Maria do Céu Soares Machado, o PNS foi “construído com base na família e no ciclo de vida (nascer com saúde, crescer com segurança, uma juventude à procura de um futuro saudável, uma vida adulta produtiva e um envelhecimento activo), propõe que seja desenvolvido junto do cidadão (...) e nas prisões, de forma alargada e abrangente. Desenvolve, ainda, uma abordagem à gestão integrada da doença” (Machado, 2015, s/p).

O PNS foi criado como guia de ação para as prioridades definidas no âmbito de programas de saúde a nível nacional, entre 2004 e 2010. Neste documento orientador, encontram-se elencadas as intervenções prioritárias, nomeadamente na prevenção da doença e enfermidades, bem como respetivos responsáveis pela concretização.

O Plano de ação, além de mecanismos para estimular a capacidade de inovação no sistema de saúde, na gestão da mudança e na sua execução, contempla vários tipos de abordagens, nomeadamente centrada no cidadão; na gestão da doença; na família e por ciclo de vida; programática e por *setting*, isto é, espaços.

A **abordagem centrada no cidadão** passa por aumentar as opções de escolha do indivíduo; multiplicar mecanismos de participação do cidadão; dar voz à cidadania através de organizações da sociedade civil; promover comportamentos saudáveis; criar um contexto ambiental conducente à saúde.

Os **mecanismos para estimular a capacidade de inovação no sistema de saúde** passam pela adaptação de uma política de recursos humanos, preocupada não só nos aspetos laborais e profissionais, mas também com aspetos pessoais; gestão da informação e do conhecimento, através da interação entre organizações de saúde, recursos humanos e utentes “resultando num acréscimo do capital intelectual da organização” (DGS, 2004, p.6).

E, ainda, o incentivo à investigação e à participação em fóruns internacionais no setor da saúde, apontado como “uma mais-valia para o sistema de saúde português que poderá ter reflexos importantes no capital de saúde da população” (DGS, 2004, p.15), bem como uma forma de validar o conhecimento científico durante as fases do ciclo de vida do PNS.

Assim, é imprescindível o desenvolvimento de projetos de investigação e desenvolvimento (I&D) e que os resultados apoiem o “planeamento, execução e avaliação das diferentes componentes do PNS” (DGS, 2004, p.15).

Neste âmbito, o PNS aponta como prioritária a investigação e estudos sobre doenças crónicas prevalentes e/ou incapacitantes (doenças cardiovasculares, cancro, SIDA, outras doenças infecciosas, doenças mentais), sobre determinantes de saúde (estilos de vida ou causas dos acidentes de viação, e trabalho, domésticos e de lazer). Também apontado como prioritário o estudo do genoma humano como forma de compreender as doenças, melhorar testes de diagnóstico e de prevenção e desenvolver abordagens terapêuticas mais eficazes.

No que respeita à **abordagem programática**, assente em planos, programas e projetos já existentes, pretende-se a abertura a novos programas nacionais de acordo com as necessidades que forem surgindo. Assim, foi pretensão do PNS desenvolver Programas Nacionais de

Intervenção a serem executados ora pelos intervenientes no sistema de saúde ora pelos utentes.

A **abordagem centrada na família** e nos ciclos de vida é importante por permitir uma visão pormenorizada dos problemas de saúde a priorizar em cada grupo etário e de acordo com os diferentes papéis sociais ao longo da vida. Nesta linha foram criadas metas prioritárias para:

Nascer com saúde,
Crescer com segurança,
Uma juventude à procura de um futuro saudável,
Uma vida adulta produtiva,
Envelhecer ativamente.

A **abordagem centrada na gestão da doença** pretende a criação de contextos que possibilitem a gestão racional da doença (seja ela infecciosa ou crónico-degenerativa) por todos os envolvidos (pacientes, administradores, gestores, médicos hospitalares, médicos de saúde pública, clínicos gerais, enfermeiros ou ainda profissionais como os de reabilitação). Ainda neste âmbito foram consensuais as prioridades para a denominação de doença e enfermidades como traumatismos, cancros (mama feminina, do colo do útero e do cólon e recto), doenças do aparelho circulatório, mentais (a depressão, o abuso e a dependência de álcool), e doenças infecciosas, particularmente a SIDA e a sífilis neonatal.

A abordagem ao nível dos **mecanismos para gestão da mudança no sistema prestador de cuidados**, refere-se ao sistema de saúde em Portugal. Aqui se abordam aspetos como: recursos financeiros e humanos, cuidados de saúde primários, cuidados de saúde mental, cuidados hospitalares, cuidados continuados, outras unidades de cuidados de saúde, desempenho do sistema, estratégias e metas globais para o sistema de saúde português.

No que respeita às **orientações para garantir a execução do plano**, o documento PNS aborda: mecanismos de cativação de recursos; mecanismos de diálogo; adequação do quadro de referência legal; mecanismos de acompanhamento do plano, sendo criada a Comissão de Acompanhamento do Plano, cuja principal função será a de monitorizar,

opinar e fazer recomendações, tendo como base a recolha de dados relativamente ao plano de ação.

A **abordagem com base em *settings*** justifica-se pelo facto de grande parte do tempo diário dos cidadãos ser passado no local de trabalho, na escola e nos locais de lazer, sendo ambientes integradores e propiciadores de intervenções de carácter diversificado. De acordo com o PNS esta abordagem implica um trabalho colaborativo entre vários organismos públicos na área do trabalho, desporto, saúde, justiça e educação.

Tendo em conta a temática deste trabalho de investigação, elege-se como essencial a abordagem relacionada com as prisões. Assim, segundo a Direção-Geral de Saúde (2004), em 2002, Portugal apresentava a taxa mais elevada de população reclusa da Europa Ocidental, acrescendo-se uma má caracterização do estado de saúde destes reclusos, apesar do reconhecimento que a toxicodependência era o primeiro problema de saúde desta população (65,4% dos reclusos são ou foram consumidores de drogas) (Passadouro, 2004).

Outros aspetos de saúde precária nas prisões respeitam à Saúde Oral e à Saúde Mental, sendo estes apontados como de grande dimensão. Para combater a precária saúde mental dos reclusos, existem dados de elevado número de receituário de psicóticos tendo, como consequência, o suicídio ou overdose nas cadeias portuguesas (Coelho, 2014; Nunes, 2009; Rodrigues, 2013, Ross, 2013, Teixeira, 2004).

Dando continuidade ao projeto de saúde nacional, em 2010, foi elaborado um novo documento para o quinquénio 2011-2016. Neste seguimento (DGS, 2010), pretendia-se: o desenvolvimento de um elevado consenso e concertação de todos os intervenientes e atores envolvidos; a elaboração e discussão de estudos, pareceres e instrumentos que permitam uma compreensão integrada e abrangente do estado de saúde dos portugueses; a elaboração de um instrumento de envolvimento dos profissionais de saúde na melhoria contínua da qualidade; o desempenho dos cidadãos na autopromoção da saúde; a centralização do sistema de saúde no cidadão; entre outros.

Portugal foi um dos “primeiros países europeus que realizou uma avaliação externa e independente do seu PNS e do seu Sistema de Saúde” (Macedo, 2012, p. 3) motivado pela exigência do Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Neste sentido, renovou-se o PNS, para o período de 2012 a 2016, que “começou a ser elaborado durante a avaliação do PNS 2004-2010 e do Sistema de Saúde Português pela Organização Mundial de Saúde” (DGS, 2012, p. 2).

O PNS 2012-2016 foi gerado em continuidade do anterior PNS e tendo como pilares: a reflexão, a partir de uma avaliação externa, sobre ganhos e insuficiências do PNS 2004-2010; análise de Planos Nacionais de Saúde de outros Países (Escócia (2007-2017), Reino Unido (2000-2004, 2004-2008 e 2010-2015), Estónia (2009-2020), Finlândia (2001), Nova Zelândia (2000), Noruega (2007-2010), Brasil (2004-2007), França (2002), Alemanha (2008) e, devido à dinâmica provincial do sistema de saúde do Canadá, o Plano do Québec (2003-2012); uma proposta de modelo conceptual; evidências e recomendações de análises especializadas setoriais; discussão de planos e instrumentos institucionais e intersectoriais; identificação de convergências, colaboração e alinhamento e interação dos interessados, cidadãos, profissionais de saúde, instituições públicas, privadas e sector social, através do seu envolvimento e consulta.

À semelhança do PNS anterior, este também assume os mesmos eixos estratégicos e missão procurando promover “comunidades saudáveis através de informação e literacia em saúde, plataformas de comunicação, redes de apoio e de cooperação, e empowerment de doentes e cidadãos, sublinha-se, empowerment das famílias portuguesas” (DGS, 2012, p. 21).

Seguindo as recomendações da OMS-Europe presentes no relatório sobre a implementação do PNS 2012-2016 assim como de outros documentos nacionais, a DGS considerou adequado efetuar a revisão e atualização do PNS, tendo sido aprovada através do despacho do SEAMS de 29 de maio, estendendo-o até 2020.

As grandes metas definidas no PNS até 2020 focam a redução para menos de 20% da taxa de mortalidade prematura (abaixo dos 70 anos); o aumento em 30% da esperança de vida saudável aos 65 anos de idade e a

redução dos fatores de risco relacionados com as doenças não transmissíveis, nomeadamente o consumo e exposição ao fumo do tabaco e a obesidade infantil. Este documento deve ser visto como orientador das políticas de saúde em Portugal.

1.2.4. Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/SIDA

Na perspetiva de dar resposta ao combate à infeção, foi criado o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/SIDA 2012-2016 (PNPCI) tendo como pilares um processo de reflexão interna e a consulta aos principais parceiros e setores público e privado a nível nacional.

Neste enalço, são identificadas áreas prioritárias como prevenção da Infecção pelo VIH; populações vulneráveis; diagnóstico da infeção; tratamento das pessoas que vivem com a infeção; estigma e discriminação; investigação e cooperação e relações internacionais (DGS, 2013).

Pelo avanço da medicina, da farmacologia e das tecnologias aplicadas ao campo da saúde humana existe mais conhecimento acerca da infeção por VIH e de outras IST, como as hepatites e a tuberculose (Zulfiqar, Javed, Sumbal, et al., 2017; Ribeiro & Sacramento, 2012). No entanto, as fontes de informação necessitam de praticar uma interação cruzada para que o trabalho efetuado não fique comprometido e desenvolva uma resposta eficaz.

Por forma a assegurar eficazmente a vigilância da infeção VIH, o PNPCIs O Programa que temos vindo a analisar definiu como **objetivos** a redução em geral a eliminação desta epidemia na transmissão de mãe para filho.

Estes objetivos estão assentes num conjunto de fundamentos que permitem o seu desenvolvimento “o conhecimento da realidade epidemiológica, a prevenção da transmissão da infeção, o diagnóstico precoce e o acesso universal ao tratamento, equitativo e de qualidade” (Dinis, 2012, p. 6).

1.2.5. Programa Nacional para as Hepatites Virais

Criado a 16 de maio de 2016, com o Despacho nº 6401/2016, na área do Programa de Saúde Prioritário, o Programa Nacional para as Hepatites Virais, integra a Plataforma para a Prevenção e Gestão das Doenças Transmissíveis.

Assim, numa primeira abordagem, pretende-se definir e desenvolver a estratégia de prevenção e controlo das hepatites virais; impulsionar iniciativas estratégicas que visem boas práticas na abordagem da Hepatite C, incluindo em **doentes internados em estabelecimentos prisionais**; e coordenar a elaboração das orientações clínicas e terapêuticas na respetiva área de especialidade.

Este Programa tem como visão, enquanto problema de saúde pública, a interrupção da transmissão dos vírus das hepatites virais em Portugal, garantindo o acesso equitativo aos cuidados de saúde e a eliminação das hepatites virais em 2030. Para tal, exige-se uma ação colaborativa entre todos os intervenientes - governo, profissionais de saúde, investigadores, organizações da sociedade civil, comunidades de pessoas infetadas e afetadas por vírus das hepatites virais.

Este Programa aponta como metas de saúde para 2020 o aumento, anual, do número de rastreios, a redução da mortalidade associada à infeção crónica por VHB e por VHC e do número de crianças infetadas por transmissão vertical.

1.3. AS INFEÇÕES VIH, *M TUBERCULOSIS*, VHC E VHB EM MEIO PRISIONAL

1.3.1. VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana

Ser portador de VIH (Vírus da Imunodeficiência Humana) não é sinónimo de ter SIDA (Síndrome de ImunoDeficiência Adquirida). A SIDA é consequência do VIH, quando este vírus não é detetado atempadamente e o sistema imunitário da pessoa infetada apresenta uma diminuição das suas defesas não conseguindo combater os agentes patogénicos recebidos.

O VIH, descoberto no ser humano na década de 80, poderá evoluir em diferentes estádios, provocando a deterioração do sistema imunitário e favorecendo o desenvolvimento de tumores, doenças graves e, mesmo, letais. A queda das defesas do organismo humano, ou seja, do sistema imunitário, torna o corpo mais propenso à entrada de bactérias, fungos e vírus. O VIH destrói e infeta os linfócitos – células do sistema imunológico – num processo gradual e tão lento que podem passar anos sem o vírus ser detetado.

Por esta razão, o indivíduo pode ser portador do VIH sem desenvolver a doença denominada SIDA. Esta só se manifesta quando o VIH destrói um grande número de linfócitos e o sistema imunológico fica de tal forma debilitado e vulnerável a infeções. O VIH, como se disse, normalmente não se manifesta, existindo poucos sintomas que o identificam e, quando acontece, são sintomas semelhantes a uma virose comum

No entanto, embora os sintomas possam ser confundidos com várias outras doenças, a infeção aguda pelo VIH já é mais facilmente detetável, tais como: febre alta, faringite sem aumento das amígdalas e sem pus, manchas vermelhas na pele que desaparecem entre 5 a 8 dias, aumento de linfonodos nas axilas e pescoço, dores musculares, articulares e cefaleias. Em alguns casos também podem ser sintomas o aumento do fígado ou do baço, o aparecimento de úlceras orais, genitais e anais, diarreia e vómitos.

A transmissão do VIH pode ocorrer através de relações sexuais desprotegidas, troca de seringas e agulhas, de mãe para filho, durante a

gravidez, durante o parto e durante a amamentação. Após exposição ao vírus, os primeiros sintomas de infeção aguda por VIH podem surgir entre as duas e as quatro semanas ou mais. A perceção acerca do leque temático VIH/SIDA foi muito importante para compreender esta doença, assim como para a sua prevenção e apoio aos utentes infetados.

O risco de transmissão da infeção pelo VIH é muito maior em meio prisional do que na população em geral, tendo como justificação a sobrelotação das prisões, os cuidados de saúde limitados e, muitas vezes, precários, os comportamentos de risco, como o uso de drogas injetáveis ilícitas, a prática de sexo sem proteção, a partilha de material para tatuagens ou perfuração para piercings (Nikolayev, 2014, Nelles, 1998, WHO, 2005).

De acordo com Macalino et al (2004), embora se pense que a infeção VIH toma grandes proporções nos reclusos por contaminação durante a reclusão, existem estatísticas que revelam uma grande maioria de reclusos infetados antes da detenção. Apesar destes dados, não se poderá desvalorizar a elevada ocorrência de múltiplos fatores de risco nos estabelecimentos prisionais, como referido acima, pelo que é necessário implementar programas de prevenção eficazes no combate às doenças infeto-contagiosas (Betteridge, 2006; Heinemann & Gross, 2001).

1.3.2. *Mycobacterium Tuberculosis*

Há muito do conhecimento geral, os surtos de tuberculose nos estabelecimentos prisionais continuam a ser algo preocupante e ainda incontornáveis devido a diversos obstáculos.

Degenerando do latim *tuberculum*, surge a palavra ‘tuberculose’, cujo diminutivo *tuber* significa ‘tumor’, referindo-se aos nódulos que aparecem no pulmão doente. A bactéria *Mycobacterium tuberculosis*, ou bacilo de Koch, é a causadora da tuberculose, uma doença infeto-contagiosa que afeta, sobretudo, os pulmões, mas também poderá afetar a laringe, os ossos, os rins, as meninges, os linfonodos, a pleura e a coluna vertebral.

Apesar de a *Mycobacterium Tuberculosis* ser a espécie mais importante do ponto de vista sanitário, convém referir que existem mais

espécies que poderão ser o agente etiológico da tuberculose: *Mycobacterium bovis*; *Mycobacterium africanum*; *Mycobacterium canetti*; *Mycobacterium microti*; *Mycobacterium pinnipedi*; *Mycobacterium caprae*.

Estudos comprovam que a transmissão da tuberculose acontece através do ar. Ou seja, um indivíduo contaminado, ao tossir, espirrar e, até, falar em voz alta, pode expelir gotículas contendo bacilos que irão contaminar outros indivíduos que estejam no mesmo ambiente. Estes, por sua vez, ao inalarem as gotículas correm o risco de desenvolver a doença, ou seja, a infeção tuberculosa. No entanto, nem todos os infetados transmitem o bacilo de Koch, assim como nem todos os expostos ao bacilo da tuberculose são infetados. Quando os bacilos de Koch não passam do trato respiratório superior – garganta e nariz – sem que chegue aos alvéolos, é pouco provável que a infeção aconteça (Skipper, Guy, et al, 2003).

A proliferação da doença está estreitamente relacionada com as condições de vida das pessoas, sendo mais comum a propagação em locais cujos serviços de saneamento e habitações são precários e com grande concentração populacional. Outros fatores foram identificados como favoráveis ao desenvolvimento da doença, tais como: condições sócio-econômicas, diabetes mellitus, uso prolongado de corticosteróides ou outros imunossupressores, neoplasias, uso de drogas, infeção pelo VIH, doenças renais crônicas, desnutrição calórico-protéica, entre outros (Mcintyre, 2009).

Após a infeção pelo *Mycobacterium tuberculosis*, as primeiras lesões surgem entre a 4ª e a 12ª semanas. Grande parte dos casos de tuberculose pulmonar é visível apenas 12 meses após a infeção inicial, sendo os principais sintomas: tosse seca ou produtiva com mais de quatro semanas de duração; emagrecimento significativo; sudorese noturna; febre baixa, geralmente vespertina; dores no peito; falta de ar que pode levar à morte (MacNeil, Lobato & Moore, 2).

A doença pode ser combatida através de antibióticos. No caso da tuberculose sem complicações, o indivíduo deve fazer um tratamento de, pelo menos, seis meses; no caso da tuberculose multirresistente a medicamentos (TB-MDR), ou seja, quando existe resistência aos antibióticos, o tratamento pode durar dois anos e provocar variados efeitos

colaterais, acrescentando que o indivíduo poderá, ainda, desenvolver resistência à nova medicação, o que poderá levar à tuberculose ultrarresistente (TB-XDR), cujos medicamentos são limitados.

1.3.3. VHC – Vírus da Hepatite C e VHB – Vírus da Hepatite B

O excessivo consumo de álcool e alguns medicamentos pode ser a causa de uma inflamação no fígado, ou seja, uma hepatite. É comum ouvir-se falar em hepatites virais, tais como: hepatite A (VHA), hepatite B (VHB), hepatite C (VHC), hepatite D (VHD), hepatite E (VHE) e hepatite G (VHG), embora existam outros vírus capazes de causarem lesões no fígado.

Embora a hepatite viral mais frequente em todo o mundo seja a infeção pelo VHA, as infeções pelo VHB e pelo VHC são as mais prioritárias no que respeita à saúde pública, uma vez que estas poderão evoluir para doenças crónicas graves, tais como a cirrose e o carcinoma hepatocelular.

A transmissão de infeções pelo VHB e pelo VHC acontece através do sangue, secreções vaginais e sémen, não existindo transmissão através da saliva e do suor. De salientar que quer o VHB, quer o VHC são resistentes à temperatura ambiente e durante muitos dias, pelo que se deve ter cuidado com os objetos conspurcados com estes vírus.

A maior parte das hepatites agudas virais não apresenta manifestações sintomáticas ou, então, manifesta-se com sintomas semelhantes às de uma gripe. No entanto, o indivíduo deve ficar alerta se tiver icterícia (olhos e pele amarelados), falta de apetite, cansaço, urina acastanhada e náuseas. Raramente acontecem casos de evolução fulminante.

Como referido acima, as infeções por VHB e VHC podem tornar-se crónicas, isto quando a inflamação dura mais de seis meses. Como se sabe, as infeções crónicas quando progredem de forma silenciosa e por longos períodos de tempo, por vezes só se tornam visíveis em estádios avançados da doença, podendo já existir cirrose ou cancro do fígado.

Aliadas às queixas comuns de doença hepática, no caso da infeção pelo VHC, podem existir queixas de dores musculares e dores articulares,

assim como outras queixas resultantes de alterações no sistema imunitário, tais como secura das mucosas da boca e dos olhos e púrpura. A hepatite C pode residir na pessoa infetada, sem se manifestar, durante longos períodos de tempo, existindo casos de mais de 30 anos, sendo, por este facto, denominada por Epidemia Silenciosa.

CAPÍTULO 2 – O SISTEMA PRISIONAL



Figura 1: Fecharam-me a porta e deixaram-me ali com dois tipos. Não havia nada a fazer. (Eduardo Nuno Antunes, 2005)

Para uma melhor compreensão do papel das prisões, é importante perceber, de grosso modo, a sua evolução social. Neste sentido, desde da antiguidade até à atualidade verifica-se que a prisão se foi ajustando às imposições legais, dos direitos humanos e das necessidades modernas e democráticas, no que diz respeito a detenções e penas.

A vida mudou, já não é com era. O conceito atual de ‘prisão’ enfatiza a vertente de reeducação e de reinserção do cidadão, ou seja, é um conceito que vislumbra o aspeto reabilitador e humano, tal como refere Gonçalves (1999, p.388)

“Perceber a delinquência que temos e elaborar atempadamente e de forma correcta planos de intervenção e prevenção é, pois, uma tarefa de actualidade e acuidade”.

O sistema prisional português, a partir de 1936, eleva-se, em relação a outros países europeus, com um carácter substancialmente regenerador através da denominada ‘ação educativa’, no que diz respeito às políticas criminais e à prevenção, uma vez que reconhece o direito penitenciário português (Amaral, Pereira & Albino, 2004). Assim, emergem dois tipos de estabelecimentos prisionais: as prisões e as prisões especiais (estabelecimentos prisionais que reivindicavam medidas de segurança

reforçadas), sendo, as últimas, locais de reeducação da transgressão social para futura reinserção do indivíduo na sociedade (Gomes, 2003).

A prisão emerge, frequentemente, associada à ideia de transformação do indivíduo, através da privação da sua liberdade, onde o isolamento, que uns designam como forma de solidão (Foucault, 2005), é perspectivado, por outros, como uma oportunidade para o desenvolvimento de atitudes reflexivas sobre o seu comportamento disruptivo (Canteiro, 2006).

2.1. A SOCIEDADE RECLUSA

Apesar das mudanças políticas e sociais sobre o papel da prisão, relativamente no surgimento do sistema penitenciário, a filosofia da prisão contemporânea assenta no pilar da reeducação e posterior reinserção das pessoas em cumprimento de pena (Combessie, 2004). Recordamos que foram as transformações sociais que impulsionaram a evolução dos sistemas prisionais, uma vez que houve a necessidade de adaptação às exigências do direito e das sociedades democráticas atuais (Carneiro, 2006).

Tendo em conta o que foi referido, acreditamos que não é possível deixar de ver a prisão como um aparelho disciplinar, exaustivo, com uma certa especialização, ininterrupta, detendo o poder quase absoluto sobre os reclusos e tomando a seu cargo todos os aspetos da vida daqueles que cumprem a pena (Canteiro, 2006). Por sua vez, a unidade orgânica dos serviços prisionais afirma-se como uma instituição única, destinada a regular os aspetos da vida dos seus reclusos, tendo por base a autoridade (Goffman, 2005).

Alargamos o leque dos conceitos para falarmos na definição de sociedade. Apropriamo-nos da visão sociológica de Oliveira (1988, p. 67) ao defini-la como “convivência e atividade conjunta do homem, ordenada ou organizada conscientemente (...) considerando as relações sociais como vínculos de interesses conscientes e estabelecidos”. Neste sentido, entendemos a sociedade como um conjunto de pessoas que agregam determinadas características e têm objetivos em comum.

Neste entendimento, consideramos o grupo de indivíduos que estão em reclusão como parte integrante dessa sociedade, embora referindo-a como sociedade reclusa para efeitos de análise de situações relacionadas essencialmente com os que vivem em ambientes prisionais. Só assim nos assumiremos como um todo social que sabe que do que enfermar a sua reclusão enferma tarde ou cedo, em maior ou menor quantidade, a restante sociedade.

Seguidamente, explanamos quais os cuidados de saúde e no oposto a prevalência e fatores de risco da sociedade reclusa em geral. Contudo, estreitamos o nosso foco, na realidade dos reclusos portugueses por serem o objeto deste estudo de investigação.

2.2. A SAÚDE NO MEIO PRISIONAL

Assim como existe uma forma saudável de definir e viver a doença, existe um desafio constante para manter e representar positivamente o estado de saúde.

(Bolander, 1998, p.35)

A ausência de doença no indivíduo não é sinónimo de saúde, uma vez que uma pessoa com saúde necessita do seu bem-estar físico, mental e social (Segre & Ferraz, 1997). Bircher (2005) caracteriza 'saúde' como um estado que satisfaz as necessidades vitais de acordo com a idade, cultura e responsabilidade pessoal, num dinamismo de bem-estar físico, mental e social. Por sua vez, a OMS também define o termo 'saúde' como um estado não só de ausência de afeções e enfermidades, mas como o bem-estar físico, mental e social.

No caso dos reclusos, devido ao meio de onde provêm e ao meio onde se inserem, verifica-se a existência de muitos casos de saúde deficitária, assim como comportamentos de risco que põem em causa a sua saúde (OPSS, 2003). De facto, o ambiente prisional, como espaço físico e social, é promotor de condições adversas à saúde, por ser um contexto favorável a comportamentos de risco de múltiplas doenças transmissíveis ou não (WHO, 2001), associadas à pobreza e à desvantagem social.

De acordo com dados oficiais de 2001 (OPSS, 2003; Ministério da Saúde, 2004) são vários os comportamentos de risco para a saúde detetados nos estabelecimentos prisionais, tais como: a toxicodependência (como o álcool e o tabaco) – 65,4%, a violência, o stresse, o suicídio, doenças mentais e doenças transmissíveis (tuberculose, sida, Vírus da Imunodeficiência Humana - 16,3%), Hepatite B - 9,7% e C - 26,9%). Segundo alguns estudiosos (Neto, Freitas & Gonzaga, 2007) devido aos estilos de vida dos reclusos e à sobrelotação das prisões, o meio prisional é promotor de vários tipos de doenças, entre as quais as infectocontagiosas.

A saúde da população prisional tem sido foco de atenção devido ao aumento da morbilidade e da mortalidade, não só no que respeita aos reclusos, mas também no que respeita aos profissionais que desempenham as suas funções nestes contextos por estarem expostos a fatores de risco no contexto de privação com reclusos contaminados.

De acordo com estudos realizados em torno desta temática, concluiu-se que existe uma elevada prevalência de problemas de saúde física e mental comparativamente à população em geral, daí ser necessário unir esforços para uma prática preventiva em detrimento da prática repressiva mais comum (Viggiani, 2007).

Em contexto prisional, a evolução epidémica do VIH e o ressurgimento de outras doenças transmissíveis, como a tuberculose e as hepatites, surgiram como ameaças para a saúde pública, sendo difícil encontrar soluções adequadas para o seu controlo (Bollini, Laporte, & Harding, 2002).

Esta foi uma das razões que contribuiu para que, a partir da década de 80 se começasse a dar mais atenção aos serviços de saúde nas prisões europeias, pois até aqui a saúde em meio prisional, mesmo para os serviços de saúde locais, não era preocupação nem prioridade.

2.2.1. Prestação de Cuidados de Saúde em Meio Penitenciário

Há mais de meio século debate-se sobre a necessidade de haver prestação de cuidados de saúde nos estabelecimentos prisionais. Nesse

sentido, a Organização das Nações Unidas (ONU), em 1957, publicou *Regras Mínimas para o Tratamento de Reclusos*, na qual especifica os procedimentos e ações a serem tomados para o bem-estar físico e psicológico dos reclusos, assim como a forma como estes devem ser tratados (Watson, Stimpson & Hostick, 2004).

Fazem parte da prática quotidiana da maior parte desta sociedade, o consumo de estupefacientes (dos mais tradicionais aos mais atuais como o ecstasy e outras drogas sintéticas), a partilha de seringas e outros objetos pessoais, assim como a prática de relações sexuais desprotegidas (WHO, 2007). Em acréscimo, a fraca literacia sobre saúde não promove a utilização dos serviços (Baybutt, Acin, Hayton & Dooris, 2014). Estes fatores concorrem para o frequente desenvolvimento de diversas patologias (WHO, 2007).

Como mencionado, a fraca literacia sobre a saúde impede o devido esclarecimento sobre a falta dela. Assim, muitos reclusos só tomam conhecimento do seu estado de saúde, quando são admitidos nos EP. Este desconhecimento revela-se problemático pois, a maioria dos reclusos está convicta que é saudável, culpando este local pela sua condição física, recusando-se a realizar qualquer tratamento ou a modificar as suas atitudes (Wilper et al., 2009). No entanto, entre a população reclusa é comum existirem doenças infectocontagiosas, patologias crónicas e problemas de saúde mental (Ross, 2013; Wilper et al., 2009).

Ora, dentro dos EP estes comportamentos podem tornar-se problemáticos, pelas suas características físicas e sociais. A saúde nos EP tem tido como centro de preocupações a morbilidade e a mortalidade da população prisional, percebida tanto na sua componente somática como psíquica, mas sobretudo considerando os reclusos nessa designação e objeto da população prisional.

2.3. PREVALÊNCIA E FACTORES DE RISCO DAS INFECÇÕES EM MEIO PRISIONAL

A prevalência das doenças infetocontagiosas nas prisões é

significativamente superior àquela existente na sociedade, devido sobretudo ao comportamento dos reclusos antes e durante o período em que permanecem encarcerados.

A epidemiologia descritiva estuda o comportamento das doenças numa comunidade. Desta forma, conhecer as particularidades epidemiológicas gerais, comuns no processo de desenvolvimento das infeções, permite-nos compreender os fatores de risco que se vivem nas prisões. Por isso, devemos investir em estudos “no sentido de se conhecerem melhor alguns factores de risco no contexto prisional... e de se criarem condições para a sua detecção precoce.” (Brito,2010, p.68).

Há realidades distintas nos vários países tanto a nível mundial como a nível europeu. As análises dos dados e estudos efetuados variam conforme o poder económico do país. Em Portugal, tem sido crescente o interesse dos investigadores neste assunto. Segundo Passadouro (2004, p. 382), a prevalência de infetados com VIH nas prisões varia entre 2% a 19,4%, respetivamente à Irlanda e Canadá (o número mais baixo) e Espanha o número mais elevado.

Os fatores de risco em estabelecimentos prisionais são essencialmente a proximidade, os comportamentos sexuais de alto risco (consentido ou não) a utilização de drogas injetáveis tatuagens, a partilha de lâminas de barbear e lutas (Bick, 2007; Carvell & Hart, 1990; Niveau, 2006; Turnbull, et al., 1992). Segundo Niveau (2006, p.120),

“o problema da saúde da população reclusa está ainda longe de encontrar solução porque os nossos reclusos continuam a ter estilos de vida pouco saudáveis com acesso a álcool e drogas ilícitas e assim são uma população propensa a contrair doenças infetocontagiosas”

Além disso, o contexto ou ambientes social e físico (o *setting*) das prisões são considerados como fatores de risco para a propagação das doenças infetocontagiosas, como analisamos a seguir.

2.3.1. O Contexto Social das Prisões

Em relação ao ambiente social há um contacto mais estreito, por

vezes promíscuo e com alguma falta de higiene. São contactos marcados pela restrição espacial, a intromissão no espaço individual, a tensão e os conflitos prévios, a distorção das escolhas afetivas e a necessidade de montar uma resposta nova ou diferente ao stresse - constituem um meio promotor dessas doenças (Alavi, 2014; García-Guerrero & Marco, 2012; Awofeso & Naoum, 2002).

Kurry e Smartt (2002) realizaram, em 1999, um estudo sobre o fenómeno da violência numa unidade prisional, na Alemanha. Os autores pretendiam averiguar se os comportamentos violentos dos reclusos jovens eram uma consequência de sua vitimização antes ou depois da prisão. Pela análise dos dados, os investigadores concluíram não só que a havia uma relação entre a violência dada como a violência recebida (os presos mais violentos tinham sido, eles próprios, vítimas de atos violentos) como existia uma elevada taxa percentual de jovens reclusos que foram vítimas de comportamentos violentos durante a prisão (Santos, 2003).

Os comportamentos dos indivíduos em reclusão podem ser influenciados por fatores como o “tipo de delito cometido, estatuto social e económico, o tipo de política e de respeito humano existente nos centros prisionais, ou ainda condições (...) do sistema penitenciário como a sobrelotação carcerárias, corrupção dos guardas-prisionais” (Gomes, 2012, p. 22).

Em suma, podemos concluir que as situações de conflitos são promovidas pela exiguidade de espaço, uma vez que a população prisional tem aumentado num ritmo mais acelerado do que as reformas jurídicas e legais e respostas logísticas, estruturais e físicas das cadeias (Gatherer, Moller & Hayton, 2005).

2.3.1.1. A Discriminação

A discriminação pode constituir-se noutro fator de risco para a infeção. Sentimentos negativos pelo recluso infetado como a aversão e a exclusão pela doença e pelo crime provocam consequências sociais e económicas. Acresce a não deteção atempada da(s) infeção e devido

tratamento. Ao infetado, por vezes, não são reconhecidos os seus direitos como cidadão, de uma sociedade democrática que promove os seus direitos humanos reconhecidos pelas Nações Unidas (Wakefield & Uggen, 2010).

Vários estudos têm caracterizado a sociedade reclusa e maioria da população pertence a grupos desprivilegiados, pela raça, tendência sexual, género (as mulheres são mais discriminadas), religião e reduzida educação (Crutchfield & Weeks, 2015; Nellis, 2016; Passadouro, 2004; Western & Pettit, 2010). Estes fatores desmotivam o recluso a tratar-se e até a desistir de certos comportamentos de risco (Ministério da Saúde, 2004; Smith, 2000).

A visão da sociedade precisa sofrer uma grande alteração que terá de partir da aceitação do preso como indivíduo de pleno direito. Só assim, sem o discriminarmos, o poderemos encaminhar para a aceitação e procura dos cuidados médicos e preventivos de que possa necessitar (Bollini, Laporte, & Harding, 2002).

2.3.2. O Contexto Físico das Prisões

Em relação ao contexto físico, as prisões caracterizam-se por espaços fechados e compactos, quase sempre sobrelotados. A frustração, o desespero, a violência (Ministério da Saúde, 2004), a má nutrição, a falta de luminosidade e arejamento são uma constante nestas instituições que, a par de comportamentos de risco adotados pelos reclusos (OMS, 2001), criam um ambiente propenso à propagação de patologias (Gostin, Vanchieri & Pope, 2007; Martins, 2013).

2.3.2.1. A Sobrelotação

A situação de sobrelotação nos estabelecimentos prisionais provoca diversos efeitos na vida dos reclusos, a nível global. Neste espaço debruçamo-nos sobre a saúde tendo em conta o nosso objeto de estudo, isto é, a identificação da reclusão como possível fator da propagação de doenças infectocontagiosas.

A contagiosidade, apontada por muitos a certos espaços prisionais, deriva de eles poderem ser lugares que favorecem a disseminação das infeções que é maior, ou menor, de acordo com as suas condições logísticas e as políticas de saúde que aí se implementam (David & Tang, 2003).

Assim, entende-se a sobrelotação não apenas como espaço físico mas também como o ambiente social de convivência. Assim, é possível sentir o ambiente lotado, independentemente do número de indivíduos, quando o estado anímico dos mesmos se caracteriza pela frustração na realização de determinados fins, devido à presença de outros (García-Guerrero & Marco, 2012; Presser, 2008; Stuckler et al., 2008; Toch, 1992).

Em acréscimo, a sobrelotação potencia o aumento de sentimentos violentos e depressivos porque fatores como a ociosidade, o medo e a incapacidade de manter a identidade pessoal provocam alterações no sistema nervoso e que não melhoram a saúde do recurso ao nível individual que se reflete na forma coletiva (Viggiani, 2010). Desta forma, cada recluso, como indivíduo biopsicossocial, reage de maneira diferente, uns passam a ser mais agressivos que outros adotando um código supermasculino (Guetzkow & Schoon, 2015; Jewkes, 2002, Karp, 2010; Moreira, 2008; Rodrigues, 2014).

De acordo com Taylor et al. (1995, p.310)

“as prisões sobrelotadas são muitas vezes ambiente onde se gera a violência, muitas vezes entre presos toxicodependentes que estão infetados”, por isso, Hughes (2000, p. 21) afirma que “diminuir o tamanho das cadeias é sem dúvida uma forma de diminuir a disseminação da infeção”.

Neste sentido, diversos estudos têm comprovado efeitos negativos da sobrelotação como o aumento de incidentes de agressão, aumento de isolamento social e redução de interação social e interajuda entre vários atores: reclusos/ reclusos e funcionários/reclusos. O isolamento social tem vários rostos (atitude defensiva ou reservada - diminui a qualidade da interação social) (John Howard, 1996; Moreira, 2008, Woodall, 2011; Senter et al., 2010; Torres & Gomes, 2002).

De acordo com algumas investigações em torno do contexto prisional (Gonçalves, 1999, 2000; Gonçalves & Vieira, 2005; Moreira, 2008), o sobrepovoamento e as suas consequências, são assunto de destaque.

Nestes estudos questiona-se o facto de Portugal ser o país que tem maior percentagem de indivíduos presos, apesar de possuir a segunda menor taxa de criminalidade da União Europeia, assim como se questiona o tempo médio de permanência dos reclusos na prisão em Portugal ser de 24 meses e nos restantes países europeus ser de 8 meses.

De facto, Portugal foi o sétimo país europeu com prisões sobrelotadas em 2013, indica o relatório Estatísticas Penais Anuais, divulgado hoje pelo Conselho de Europa. Em 2016, a capacidade das 49 cadeias do país é de 12.600 reclusos e estão 13937 indivíduos. Assim, estão a mais 1337 pessoas.

As cinco mais sobrelotadas situam-se em Aveiro, Viseu, Setúbal e Matosinhos (Custóias) e Lisboa (Caxias). Na cadeia regional de Aveiro, concebida para albergar 88 presos, estão mais de 200. A regional de Viseu foi construída para ter uma ocupação máxima com 54 reclusos e tem atualmente mais de 150. O EP de Setúbal devia ter 250 presos e conta com perto de 700. Regista-se, ainda, a cadeia central de Custóias, em Matosinhos, com capacidade para pouco mais de 600 reclusos e com uma população de 1200 ou 1300. A capacidade máxima da cadeia central de Caxias, que também tem o hospital prisional, é de 334 presos mas conta agora com mais de 500 (Coelho, 2016).

2.3.2.2. A Segurança e Higiene

No que respeita a segurança e higiene, de acordo com relatórios realizados pelo Mecanismo Nacional de Prevenção (MNP) em várias prisões, além da sobrelotação, apontam-se as condições de higiene: “negativas, notando que os colchões, as almofadas e os cobertores dispostos sobre as camas estavam sujos” (MNP, 2016, p.38);

“quer a cela, quer as instalações sanitárias, não possuem condições de higiene e limpeza, tendo sido apurado que há aproximadamente seis meses que a zona de detenção não é sujeita a qualquer limpeza” (idem, p.49);

“os demais alojamentos encontravam-se em razoável estado de higiene e conservação embora a ventilação seja insuficiente nas camaratas com maior

número de reclusos” (ibidem, p. 73)

Em suma, estes testemunhos, entre muitos outros presentes no Relatório À Assembleia da República 2016, as condições prisionais permaneceram inadequadas e, em algumas prisões, eram degradantes, observando-se falta de higiene, má qualidade da comida, falta de cuidados médicos e de acesso a medicamentos.

2.4. A REALIDADE PORTUGUESA

Como referido anteriormente, as alterações das sociedades democráticas, nos finais do século XX e na primeira década do século XXI, originaram uma sucessão de documentos orientadores, para a diminuição de doenças infetocontagiosas nas prisões e consequente melhoria de vida dos reclusos. As mudanças incidiram sobretudo em definir programas para o combate na evolução de doenças infetocontagiosas nos estabelecimentos prisionais (EP). Assim, surge em 2006, o Plano de Acção Nacional para Combate à Propagação de Doenças Infecciosas em Meio Prisional.

Contudo, Segundo Dorez (2002, p. 2-3) “Portugal é dos poucos países da Comunidade Europeia condenado por atentados aos direitos humanos dos presos pela Amnistia Internacional e pela Comissão de Direitos do Homem do Conselho da Europa. É também o país da Comunidade com maior número relativo de presos (140 por cem mil habitantes, contra 90 de média comunitária)”.

2.5. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO RECLUSA de 2005 a 2013

Tendo em atenção os objetivos de investigação delineados no presente estudo, consideramos ser pertinente a exposição de dados, que permitam perceber as principais características dos indivíduos, que se encontram em situação de reclusão em Portugal nomeadamente, nos domínios do número de sujeitos reclusos em Portugal, da distribuição das pessoas reclusas por categoria de crime, em comparação com os reclusos saídos.

2.5.1. A Situação em 2005

Para o efeito, foram tomados como base os dados estatísticos da Direção Geral dos Serviços Prisionais (DGSP) até 2013. Neste ano, verificamos que o número de reclusos condenados totalizava 9845 indivíduos, nas cinquenta e sete prisões portuguesas. Destes, por ordem decrescente, 3.208 sujeitos atentaram contra o património, 2.669 sujeitos cometeram crimes relativos a estupefacientes (2.592 por tráfico e 57 por tráfico/consumo), 2.584 sujeitos atentaram contra pessoas, 895 sujeitos fizeram o crime contra a vida em sociedade e 27 sujeitos emitiram cheques sem provisão. Foram libertados 5.880 sujeitos.

No ano de 2005, a nossa população reclusa foi constituída por 92,9% de homens e 7,1% de (885) mulheres com uma idade média de 34 anos. A maior parte era de origem urbana e 17,3% estrangeiros.

Enquanto nos homens, principalmente nos nacionais, os crimes mais representativos são contra a propriedade (roubos, furtos), seguindo-se os relativos a estupefacientes, entre as mulheres, os crimes mais representados são os que se relacionam com estupefacientes. Estes crimes foram objeto de condenação a penas que se situam, sobretudo, entre os 3 e os 6 anos (34,5%) e os 6 e os 9 anos (22,6%). Mais de metade dos reclusos condenados têm penas privativas de liberdade que obrigarão a uma reclusão entre os 3 e os 9 anos. Seguem-se as penas acima dos 12 anos (15,9%), de 1 a 3 anos (12,5%) e de 9 a 12 anos (8,5%).

2.5.2. A Situação até à Atualidade

Em relação a 2013, estavam no sistema prisional 14.284, indivíduos. Recorda-se que existem mais 3.477 do que em 2008.

Na análise dos dados verificámos que houve um aumento da população reclusa, entre 2005 e 2013. O número de presos nos estabelecimentos prisionais portugueses, em cumprimento de pena e em prisão preventiva, fixou-se em 10.807, em 2008. Neste sentido, verificamos

mais 3.477 do que cinco anos antes.

Do universo da população prisional, em 2013, isto é dos 14.289 presos, verifica-se a seguinte distribuição por faixa etária: 63 reclusos apresentam de 16 anos a 17 anos; 239 indivíduos têm entre 18 a 20 anos; 1.271 sujeitos entre os 21 e 24 anos, 2.487 pessoas entre os 25 até 29 anos; 4.711 indivíduos entre os 30 aos 40 anos; 1.567 presos têm entre 50 a 59 anos. Por fim, 572 reclusos situam-se entre os 60 anos até mais de 80.

Como em 2005, registamos um maior número de crimes contra o património (3.398), seguido de atentados contra pessoas (2.904), relativos a estupefacientes (2.290) e contra a vida na sociedade (894). Curiosamente, não se registaram condenados por falta de provisão de cheques.

De acordo com as estatísticas da Direcção-Geral da Política de Justiça (2015), o sexo masculino continua a ser mais representativo na sociedade reclusa. Assim, mais de 90% (13.360) dos reclusos são homens.

Importa referir que de 2005 até 2010 houve uma quebra de número de mulheres reclusas. Contudo, essa tendência foi ultrapassada em 2015.

De acordo com Pereira (2017), a tendência de aumento da população prisional feminina não deixa margens para dúvidas: o número de mulheres encarceradas em Portugal está a aumentar, de ano para ano, desde que, em 2008, estourou a crise financeira e económica, por isso é difícil saber quantas têm filhos a viver no exterior.

Uma investigação sobre as prisões femininas, em Espanha, permitiu concluir que a maior parte dos crimes realizados pelas mulheres relaciona-se com o tráfico de drogas. Constatou, ainda, falta de espaços prisionais femininos, fraca oferta de programas (educativos e laborais) variadas. Neste sentido, as ocupações são “tipicamente femininas”, como “cursos de costura, auxiliar, limpeza a seco, bordado, cozinha, estética e cosmética, cabeleireira, puericultura” (Almeda, 2002, p.229). Estas problemáticas, segundo a autora, constata-se nos restantes contextos europeus e ocidentais.

As percepções e estereótipos reproduzidos pelas/os guardas promove maior rigidez nas prisões femininas, exigindo comportamentos mais rigorosos às mulheres reclusas (Almeda, 2002, Carlen, 2012).

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO



Figura 2 - Estabelecimento Prisional Masculino de Izeda, Bragança



Figura 3 - Estabelecimentos Prisional Feminino de Santa Cruz do Bispo, Matosinhos

CAPÍTULO 3 – OBJECTIVOS

El objetivo de la investigación científica es el enunciado claro y preciso a las metas que seguimos, es lo palpable, lo medible, lo verificable, algo que podemos vincular con la lógica de las acciones y el significado.

Quisbert Vargas & Ramirez Flores (2010, p. 461)

A realização deste estudo assenta na nossa preocupação e na devida análise teórica sobre o tema, como parte integrante desta investigação. Importa não esquecer que investigar é um “processo sistemático que permite examinar fenómenos com vista a obter respostas” (Fortin, 2009, p.27) que nos inquietam. Neste entendimento podemos admitir que investigar é uma “forma de validar ou refutar conhecimento existente” (Morais, 2015, p. 2).

A nossa inquietação foi traduzida na seguinte questão: *de que forma a reclusão pode ser um fator de propagação do vírus da imunodeficiência humana adquirida, da hepatite e tuberculose em meios prisionais do norte de Portugal?*

Procurando uma resposta esclarecedora, procuramos definir, com clareza, o objetivo da investigação por forma a atingir os resultados (Quisbert Vargas & Ramirez Flores, 2010).

Neste contexto, o trabalho por nós realizado pretende relacionar os períodos de reclusão com o possível aumento da disseminação do VIH, da Hepatite e da Tuberculose em meios prisionais, numa população de reclusos, em estabelecimentos prisionais da zona norte de Portugal, com o objetivo de **perceber se a prisão constitui um fator de risco, ao nível da propagação de doenças infecto-contagiosas - VIH, Hepatite e Tuberculose – tendo em conta o comportamento dos indivíduos que se encontrar reclusos**, no âmbito das Ciências Médicas, depois de verificada a recolha dos dados por análise documental (ficheiros clínicos dos reclusos) e pelas perceções adquiridos pelos inquéritos respondidos.

Reforçamos que pretendemos caracterizar a população reclusa em dois grandes domínios: estado de saúde e cuidados de saúde relacionados

com comportamentos e estilos de vida, na prisão.

Assim, assumiu-se a duplicidade de papéis: médica e investigadora. Desta meta decorrem outros objetivos pelos quais nos pautamos no desenvolvimento deste trabalho:

1. Conhecer a situação real das infeções VIH, Hepatite e Tuberculose em meios prisionais.

1.1. Conhecer a opinião do recluso sobre a forma como o seu Direito à saúde é respeitado.

2. Relacionar as infeções determinadas com os comportamentos de risco que implicam o contágio.

3. Contribuir para a atenuação dos comportamentos de risco em meios prisionais.

4. Concluir a necessidade do aumento da prevenção das doenças infectocontagiosas em meios prisionais.

Concluindo, pretendemos, mais do que uma constatação, contribuir para a divulgação das condições responsáveis pela disseminação da infeção em meios prisionais.



Figura 4 - Interior de cela, Bragança



Figura 5 - Interior de cela, Santa Cruz do Bispo

CAPÍTULO 4 – MATERIAL E MÉTODOS

O método de investigação quantitativa é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objectivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador.

Fortin (2003, p.22)

Depois de elaborado o enquadramento bibliográfico relativo à problemática, tornou-se imperativo confrontar a visão teórica com os dados da realidade. Desta forma, definiu-se a metodologia, isto é, o caminho para se atingir um objetivo e compreender um conjunto de atividades sistemáticas e racionais, que permitam economizar recursos humanos e materiais, dando ao mesmo tempo a orientação necessária para percorrer esse caminho (Lakatos & Marconi, 2005).

Há uma pluralidade de conceções para a classificação do tipo de estudo, essa classificação é efetuada mediante critérios como os objetivos definidos. Com base nestas teorias podemos afirmar que os estudos por nós realizados denominam-se como exploratórios uma vez que “têm como objectivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vista a torná-lo mais explícito ou a construir a hipótese” (Gil, 2008, p. 27). Pode-se dizer que estas pesquisas têm como finalidade principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições.

Realçamos que esta parte congrega dois estudos. Estes foram elaborados no âmbito desta investigação, em contextos diferentes quer a nível temporal, quer a nível social quer ainda a nível territorial. Embora versem sobre populações diferentes (sexo masculino e feminino), ambos têm a preocupação de averiguar as perceções dos reclusos sobre o comportamento saúde/doença.

Pelo que foi referido, é possível afirmar que a presente investigação segue os parâmetros de um estudo transversal, de carácter exploratório/descritivo e correlacional (analisando as relações entre construtos e eventuais diferenças em função das características dos sujeitos).

4.1. RECOLHA E ORGANIZAÇÃO DE DADOS

Para estes estudos foram selecionados dois estabelecimentos prisionais centrais do norte de Portugal. No Estabelecimento Prisional de Izeda estudou-se a população do sexo masculino no período de 2008 a 2016, no Estabelecimento Prisional de Santa Cruz do Bispo procurou-se saber as representações do sexo feminino, no ano de 2008 e 2010.

Conscientes que o contexto prisional acarreta um conjunto procedimentos, a nossa investigação foi aprovada pela Direção Geral dos Serviços Prisionais e da Comissão de Ética da Universidade do Porto.

Importa referir que para termos mais informação sobre a população em estudo, foram consultados não só os processos clínicos mas também os processos existentes na Secção de Reclusos, uma vez que interessava-nos saber sobre o número de reclusos infetados, a quantidade das suas detenções, nos anos de 2005, 2006, 2007 e 2008. No capítulo dos Resultados, mostramos os dados recolhidos nesta fase.

4.1.1. Instrumentos

Por forma a atingirmos os objetivos propostos, elaboramos dois inquéritos por questionário para identificar a perceção dos reclusos. Os inquéritos por questionário foram construídos tendo em conta os cuidados a ter no processo de elaboração visando o aumento da eficácia e da realidade. Por tal facto, a sua organização foi estabelecida por grupos de perguntas (Gil, 2008; Lakatos & Marconi, 2005,). Nesta linha de pensamento, elaborou-se um inquérito por questionário para a população do sexo feminino (Apêndice 1) e outro para a população do sexo masculino (Apêndice 2).

Com estes instrumentos de recolha de informação pretendemos fazer um levantamento de dados sociodemográficos (idade, escolaridade), estado de saúde (com ou sem infeção, tipo de infeção) e estilo de vida/comportamento. Neste sentido, procura-se identificar alguns fatores de risco associados à transmissão do VHB, VHC e VIH nomeadamente da existência de relações homossexuais, relações sexuais com múltiplos

parceiros e/ou com parceiros alegadamente infetados com pelo menos um dos vírus e troca de seringas para a utilização de drogas injetáveis.

Tendo em conta que o medo a represálias pode levar o recluso a dissimular aquilo que sente (Week & Widom, 1998) o que reduz a fiabilidade dos dados, é importante enfatizar que os inquéritos não são uma prova clínica, que o local e a via da infeção que são apontadas pelos reclusos podem não ser verdadeiros a partir das questões que propusemos.

4.1.2. Procedimentos

Procurando que o processo da recolha dos questionários fosse o menos demorado possível, optou-se por uma recolha direta e pessoal. Após obtenção de consentimento informado, os questionários foram preenchidos sob anonimato e voluntariamente pelos reclusos da amostra. Este procedimento pretendeu viabilizar a aplicação dos questionários, no estabelecimento prisional.

Assim, os reclusos foram conduzidos individualmente pelo guarda prisional, até nós, no papel de investigadores. Para iniciar a interação informamos a nossa profissão (médica dentista) e o nosso interesse como investigadora na saúde prisional. Referimos, também, que gostaríamos de contribuir para um melhor conhecimento da propagação das infeções nas prisões.

Procurando que o processo do preenchimento dos questionários fosse o menos constrangedor e ambíguo possível, fez-se a leitura das instruções, o esclarecimento de dúvidas e, em alguns casos, ajudou-se ao indivíduo. De salientar que não temos como saber até que ponto essas respostas obtidas foram influenciadas pelo resultado de comportamentos estigmatizados (Seal & Eldrige et al., 2007) socialmente adquiridos antes da reclusão.

Os respondentes gastaram um tempo médio de 45 minutos para responder ao instrumento da recolha dos dados. As dúvidas surgidas eram esclarecidas procurando que as mesmas não interferissem nas respostas.

Importa referir que o decurso desta investigação pautou-se pela

complexidade inerente ao espaço temporal em que decorreu (2008 a 2016) e por outras situações que foram aparecendo, como facilidades e limitações.

Como **facilidades** registamos, na primeira fase, no estabelecimento prisional central masculino, a adesão dos reclusos ao inquérito pode ter sido muito facilitada pelo facto de alguns já conhecerem a autora desta tese, terem passado palavra entre os restantes. Transcrevemos parte de uma avaliação do serviço da investigadora, que lhe foi atribuída pelo diretor desse mesmo estabelecimento prisional: «com a população reclusa estabeleceu uma relação muito equilibrada, sendo a sua intervenção apreciada positivamente».

4.2. TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

Finalizado o procedimento atrás referido foi necessário fazer a contagem e numeração dos inquéritos. De seguida, explana-se o tratamento estatístico dos dados realizados através do software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), V.21, analisados por parâmetros estatísticos simples como médias e percentagens.

Para análise e apresentação dos resultados obtidos apresentam-se tabelas para que a visão se torne mais imediata e percepcionável dos factos questionados. Por fim, realiza-se uma análise global dos resultados obtidos.

4.3. RESULTADOS

4.3.1. Estudo da Análise documental

Com o intuito de ter uma referência da população do estudo, fez-se o levantamento dos dados dos reclusos, com infeção, através dos registos pessoais e ficheiros clínicos. A seguir, apresentam-se os dados recolhidos.

Tabela 1 - População reclusa: Frequência absoluta (n) e frequência relativa (%) de doenças infectocontagiosas/ano

ano	População reclusa	População reclusa infetada	VIH	HCV	HBV	VIH + HCV	HCV + HBV	VIH +HCV +HBV
2005	386	93 (24,1%)	28 (30,1%)	41 (44,0%)	4 (4,3%)	13 (13,9%)	4 (4,3%)	3 (3,2%)
2006	411	110 (26,7%)	35 (31,8%)	42 (38,1%)	5 (4,5%)	22 (20%)	2 (1,8%)	4 (3,6%)
2007	351	90 (25,6%)	18 (20%)	47 (52,2%)	3 (3,3%)	16 (17,7%)	2 (2,2%)	4 (4,4%)
2008	402	91 (22,6%)	16 (17,5%)	57 (62,6%)	2 (2,1%)	12 (13,1%)	1 (1%)	3 (3,2%)

Da análise da tabela 1 podemos verificar uma oscilação de reclusos infetados com VIH, nos 4 anos em análise, registando o ano de 2006 mais casos desta doença. A prevalência de indivíduos coinfetados com VIH e HCV também é superior neste tipo de patologia, sendo 13 (13,9%), reclusos, em 2005, 22 (20%) reclusos, em 2006, 16 (17,7%) indivíduos, em 2007 e 12 (13,1%) sujeitos, em 2008.

No ano de 2006, regista-se a maior taxa de população reclusa com 411 indivíduos, dos quais 110 (26,7%) se encontravam infetados. Segue-se o ano de 2008 com 402 presos, dos quais 91 (22,6%) sujeitos apresentam um quadro clínico com as infeções em estudo. Em 2005, a população reclusa é constituída por 386 indivíduos, estando 93 (24,1%) infetados. Por fim, em 2007, existem 351 prisioneiros. Destes, 90 (25,6%) sujeitos sofrem de doença infetocontagiosa.

As percentagens das infeções HCV e VIH, em 2006, foram respetivamente de 38,1% e de 31,8%, enquanto que a percentagem da coinfeção VIH+HCV foi de 20%. No ano de 2007, registamos 47 (52,2%) indivíduos infetados com HCV e 18 (20%) com VIH.

Pudemos verificar que os anos de 2005 e 2006 existiam mais reclusos infetados com VIH isoladamente e com coinfeção com HCV, do que nos anos seguintes, respetivamente 35 (31,8%), 28 (30,1%), 22 (20%) e 13 (13,9%).

A infeção HBV tem percentagens substancialmente mais baixas entre as infeções determinadas: 4,3% em 2005; 4,5% para 2006; 3,3% para 2007 e 2,1 para 2008.

Com a coinfeção VIH mais HBV não foi encontrado caso algum no período em estudo. Além disso, não foi registado mais do que um caso (1,07%) de Tuberculose ativa, durante o ano de 2005 e nos restantes anos de 2006, 2007 e 2008 não houve nenhum caso de Tuberculose ativa.

No ano de 2006, fizeram prevenção profilática da Tuberculose 78 (70,9%) reclusos, em 2007, e em 2008, respetivamente 25 (27,7%) e 14 (15,3%) reclusos também fizeram a prevenção profilática da Tuberculose.

Não encontramos, através da consulta dos processos clínicos, nenhum recluso que se tivesse infetado com VIH, HCV ou HBV neste estabelecimento prisional. Estes reclusos, ou já vinham referenciados como infetados de estabelecimentos prisionais de onde vinham transferidos, ou tinha-lhes já sido rastreada a infeção quando da sua entrada no Estabelecimento Prisional de Izeda, no distrito de Bragança.

O estabelecimento de prisional estudado fornece a partir da sua enfermaria os preservativos que os reclusos solicitam. Os reclusos deste estabelecimento prisional não tiveram visitas íntimas no período em estudo.

Pareceu-nos importante procurar saber a percentagem da população reclusa toxicodependente durante os anos em que decorreu este nosso estudo.

Tabela 2 - Doenças infectocontagiosas: Frequência absoluta (n) e frequência relativa (%) de toxicodependentes/ ano

	População reclusa infetada	Nº Recluso Infetados Toxicodependentes	Nº Reclusos infetados Não Toxicodependentes	Nº Reclusos infetados sem informação
2005	93 (24,0%)	75 (80,6%)	12 (12,9%)	6 (6,4%)
2006	110 (26,7%)	89 (80,9%)	14 (12,7%)	7 (6,3%)
2007	90 (25,6%)	67 (74,4%)	21 (23,3%)	2 (2,2%)
2008	91 (22,6%)	67 (73,6%)	19 (20,8%)	5 (5,49%)

Os dados da tabela anterior permitem verificar que, no ano de 2005, a na população reclusa existiam 80,6% de indivíduos toxicodependentes entre os reclusos infetados e 12,9% não toxicodependentes. Por sua vez, em 2006, 80,9% dos reclusos infetados sofrem de toxicodependência, ao contrário de 12,7% sujeitos portadores de doenças infectocontagiosas sem problemas de adição.

Relativamente ao ano 2007, verifica-se a existência de 74,4% de reclusos infetados e toxicodependentes e 23,3% que não sofriam de adição. Por sua vez, em 2008 a percentagem de reclusos infetados que eram toxicodependentes foi de 73,6% e a dos que não eram, foi de 20,8%.

Importar referir que durante os anos apontados houve reclusos infetados sem informação sobre toxicodependência.

Procuramos ainda saber o número de detenções desta população reclusa infetada, uma vez que se a reclusão é, como tantos estudos apontam, um incentivo à infeção e reincidência na prisão seria um reincentivo à infeção. A tabela seguinte evidencia os dados obtidos.

Tabela 3 - Doenças infectocontagiosas e sua relação por número de detenções

	População reclusa infetada	1ª Detenção	2ª Detenção	De 3 a 8 Detenções	De 3 a 10 Detenções	De 3 a 11 Detenções
2005	93 (24,0%)	18 (19,3%)	21 (22,5%)	0%	54 (58%)	0%
2006	110 (26,7%)	26 (23,6%)	20 (18,1%)	64 (58,1%)	0%	0%
2007	90 (25,6%)	24 (26,6%)	17 (18,8%)	0%	0%	49 (54,4%)
2008	91 (22,6%)	20 (21,9%)	18 (19,7%)	0%	0%	53 (58,2%)

Como podemos verificar os dados da tabela evidenciam uma percentagem maior na segunda detenção em relação à primeira, em 2005, ao contrário da tendência dos anos seguintes da informação obtida. Assim, 22,5% da população reclusa infetada na sua 2ª detenção no ano de 2005; encontramos 58% dos detidos entre a sua terceira (3ª) e décima (10ª) detenção. Quanto às detenções que observamos na população reclusa infetada, no ano de 2006, 18,1% dos sujeitos cumpriam a sua segunda (2ª) detenção, enquanto 58,1% cumpriam entre a terceira (3ª) e oitava (8ª) detenção.

Em 2007, verificamos uma percentagem de 18,8% da população reclusa infetada na sua segunda detenção. Entre a terceira (3ª) e a décima primeira (11ª) detenção encontramos 54,4% dos reclusos infetados. Por sua vez, em 2008, observamos a existência de 19,7% dos infetados na segunda (2ª) detenção e 58,2% entre a terceira (3ª) e a e a décima primeira (11ª) detenção.

Depois da explanação destes dados podemos concluir que há uma prevalência de reclusos infetados com HCV (vulgarmente hepatite C) e VIH (Vírus da Imunodeficiência Humana) à entrada do estabelecimento prisional, ou seja, logo na sua primeira detenção. Destes, muitos são coinfectados.

Nesta sequência, os resultados, também, evidenciam uma prevalência de sujeitos infetados e com adição de drogas e, por isso mesmo, toxicodependentes. Também indicam uma prevalência significativamente elevada de ser portador de doença infectocontagiosa à medida que é reincidente como recluso.

Pelos dados expostos pode-se inferir que existem situações de risco de contágio de doenças, nos estabelecimentos prisionais. Salientamos a

importância de uma avaliação diagnóstica cuidada da história de vida dos reclusos, na qual se circunscrevem os problemas de infeção e de toxicodependência. Desta forma, é possível delinear abordagens terapêuticas específicas e de prevenção, de acordo com as necessidades identificadas.

4.3.2. – Estudo 1 - Participantes do sexo feminino

Este estudo incidiu sobre indivíduos do sexo feminino a frequentar o Estabelecimento Prisional Central do Norte de Portugal, de Santa Cruz do Bispo, no distrito do Porto, em dois momentos: 2008 e 2010.

Fizeram parte da amostra o mesmo número de reclusas com infeção, nos dois anos de estudo, sendo 21 para cada ano. Destas 42 (100%) mulheres, todas aceitaram responder ao questionário, mas só 38 (90,4%) registaram as suas idades, havendo uma idade média de 35 anos, com um desvio padrão de 6.33 (DP=6.33), variando as suas idades entre os 24 e os 55 anos. Além disso, apresentavam uma média de escolaridade baixa.

4.3.2.1 – Perceções dos Participantes

A tabela seguinte evidencia o apuramento numérico das reclusas infetadas, por designação da doença.

Tabela 4 - Prevalência das infeções VIH, VHB e VHC, na população reclusa feminina

Infeção	2008 N= 21 (100%)	2010 N= 21 (100%)
VIH	7 (33.3)	8 (38.0)
VHB	2 (9.5)	1 (4.7)
VHC	8 (38.0)	9 (42.8)
VIH + VHC	3 (14.2)	2 (9.5)
VHB + VHC	1 (4.7)	1 (4.7)
VIH + VHB + VHC	0 (0.0)	0 (4.7)

Nota: VIH - Vírus de Imunodeficiência Humana. VHB - Vírus da Hepatite B. VHC - Vírus da Hepatite C

A população reclusa feminina apresenta maior distribuição percentual

na infeção pelo vírus da hepatite C (VHC). A taxa de prevalência é maior no ano de 2010, registando-se 9 (42,8%) dos casos e 8 (38,0%) incidências, em 2008. A população prisional também apresenta um alto valor percentual de infeção do VIH, nomeadamente 7 (33,3%) e 8 (38,0%) mulheres, nos anos de 2008 e 2010. Nos dois anos, registaram-se casos de coinfecção.

Tabela 5 - Local e via de transmissão da infeção

Contexto de Transmissão	2008 21 (100%)	2010 21 (100%)
Fora do Estabelecimento Prisional (EP)	15 (71.4)	17 (80.9)
Dentro do EP	4 (19.0)	3 (14.2)
Não sabe identificar	2 (9.5)	1 (4.7)
Via de Transmissão ^{a)}		
Contactos sexuais	10 (47.6)	12 (57.1)
Partilha de seringas	7 (33.3)	8 (38.0)
Troca de seringas e contactos sexuais	1 (4.7)	2 (9.5)
Partilha de material: tatuagens/ <i>piercings</i>	2 (9.5)	3 (14.2)
Não sabe identificar	1 (4.7)	0 (0.0)

Nota: a) Cada participante pode ter respondido a mais de uma via de transmissão

Relativamente ao local para a aquisição da sua infeção, a maioria das reclusas, nos dois anos do estudo, refere ter-se infetado fora do estabelecimento, respetivamente 15 (71,4%) e 17 (80,9%) das mulheres em 2008 e 2010, totalizando 76% da população feminina inquirida. Neste seguimento, 7 (16,6%) reclusas entendem terem-se infetado dentro da prisão. Teremos de ter em conta que três inquiridas não sabem onde poderão ter-se infetado, sendo este desconhecimento superior em 2008 (Tabela 5).

Quanto à forma como percecionam a sua infeção, observamos valores mais altos no ano de 2010, em relação ao ano de 2008. Assim, 12 (57,1%) mulheres afirmam que ficaram infetadas através de contatos sexuais, 8 (38,0%) consideram a partilha de seringas foi a via de transmissão, 3 (14,2%) acreditam que a partilha de materiais de elaboração de tatuagens e colocação de *piercings* foi a causa da infeção e 2 (9,5%) reclusas pensam a troca de seringas e contactos sexuais foi a causa da

doença.

No que diz respeito ao primeiro ano da recolha dos dados (2008), através de um inquérito por questionário, verificamos, por ordem decrescente que 10 (47,6%) referem os contactos sexuais, 7 (33,3%) assinalam a partilha de seringas, 2 (9,5%) identificam a partilha de material: tatuagens/*piercings* e, em exequo, 1 (4,7) reclusa fala da troca de seringas e contactos sexuais e que não sabe identificar.

Tabela 6 - Tatuagens e utilização de piercings

Contexto da tatuagem	2008 21 (100%)	2010 21 (100%)
Fora do Estabelecimento Prisional (EP)	6 (28.5)	9 (42.8)
Dentro do EP	2 (9.5)	4 (19.0)
Contexto do <i>piercing</i>		
Fora do Estabelecimento Prisional (EP)	2 (9.5)	4 (19.0)
Dentro do EP	1 (4.7)	2 (9.5)

Neste grupo de questões, obtivemos respostas afirmativas e negativas. A tabela supra mostra os dados recolhidos. Assim, enquanto em 2008, 6 (28,5%) reclusas fizeram tatuagens fora do EP, em 2010, existem 9 (42,8%) com esse tipo de arte no corpo. Neste seguimento, 2 (9,5%) e 4 (19%) mulheres reclusas afirmam terem sido tatuadas durante a reclusão.

Em relação à utilização dos *piercings* há uma expressão menor. Assim, nos dois anos de levantamentos de dados verifica-se que 6 reclusas (2=9,5% e 4=19%) utilizam *piercings* e 3 (1=4,7% e 2=9,5%) afirmam ter colocado o seu piercing enquanto detidas.

Tabela 7 - Tipo de drogas e vias de consumo fora da cadeia

	2008	2010
Não consome	232	236
Consome	21 (100%)	21 (100%)
Tipo de drogas ^{a)}		
Haxixe	19 (90.4)	20 (95.2)
Cocaína	17 (80.9)	18 (85.7)
Heroína	13 (61.9)	12 (57.1)
LSD	5 (23.8)	4 (19.0)
Ecstasy/Anfetaminas	11 (52.3)	10 (47.6)
Colas/Solventes/Inalantes	2 (9.5)	1 (4.7)
Vias de consumo ^{a)}		
Fumada	20 (97.3)	20 (97.3)
Oral	17 (80.9)	15 (71.4)
Inalada	5 (23.8)	4 (19.0)
Injetada	8 (30.0)	7 (58.7)
Duas ou mais vias utilizadas	11 (52.3)	13 (61.9)

Nota: a) Cada participante pode ter referido mais do que uma substância e mais do que uma via de consumo

Na tabela supra verifica-se que na vida civil, isto é, fora do estabelecimento prisional, as mulheres consumiam drogas ilícitas apesar dos seus problemas de infeção ou coinfeção de doenças como a VIH, VHB e VHC. Das drogas utilizadas, por ordem decrescente, salienta-se o haxixe (e 19=90,4% e 20=95,2%), a cocaína (17=80,9% e 18=85,7%), a heroína (13=61,9% e 12=57,1%) e comprimidos como ecstasy/anfetaminas (11=52,3% e 10=47,6%).

No que diz respeito às vias de consumo, as mais referidas foram: Fumada (20=97,3% nos dois anos), Oral (17=80,9% e 15=71,4%) e Injetada (8=30,0% e 7=58,7%). Observa-se ainda que a existência de a que utilizavam duas ou mais vias de consumo (11=52,3% e 13=61,9%).

Tabela 8 - Tipo de drogas e vias de consumo no estabelecimento prisional

n (%)	2008 21 (100%)	2010 21 (100%)
Tipo de drogas		
Haxixe	18 (85.7)	19 (90.4)
Cocaína	17 (80.9)	18 (85.7)
Heroína	16 (76.1)	17 (80.9)
Haxixe + Heroína	12 (57.1)	13 (61.9)
Metadona	5 (23.8)	4 (19.0)
Metadona e outra(s) substância(s)	12 (57.1)	9 (42.8)
Vias de consumo ^{a)}		
Fumada	19 (90.4)	20 (97.3)
Oral	15 (71.4)	17 (80.9)
Injetada	5 (23.8)	4 (19.0)
Fumada + Oral	6 (28.5)	7 (58.7)
Injetada + Fumada	10 (47.6)	12 (57.1)

Nota: a) Cada participante pode ter referido mais do que uma substância e mais do que via de consumo

A análise dos consumos em contexto de reclusão mostra que as reclusas toxicodependentes e com problemas de infeção ou coinfeção de doenças como a VIH, VHB e VHC mantêm comportamento de risco, pelo consumo de drogas ilícitas. Das drogas utilizadas, por ordem decrescente, salienta-se o haxixe (18= 85,7% e 19=90,4%), a cocaína (17=80,9% e 18=85,7%), a heroína (16=76,1% e 17=80,9%), haxixe + heroína (12=57,1% e 13=61,9%) e metadona (12=57,1% e 9=42,8%).

Em relação às vias de consumo referidas, as mais referidas foram: Fumada (19=90,4% e 20=97,3%), Oral (15=71,4% e 17=80,9%) e Injetada + Fumada (10=47,6% e 12=57,1%). Isto é, mais de metade da população feminina consome por duas vias.

O uso de drogas na prisão é visto como um mecanismo de ajuda para os prisioneiros enfrentarem a situação e saberem lidar com a prisão (Cope, 2003; Hughes & Huby, 2000). Por isso, muitos indivíduos, de ambos os sexos, iniciam algum uso de drogas, na prisão (Boys et al., 2002).

Tabela 9 - Acompanhamento clínico

Acompanhamento clínico	2008 21 (100%)	2010 21 (100%)
Bom acompanhamento clínico	0 (0.0)	0 (0.0)
Suficiente acompanhamento clínico	15 (71.4)	14 (66.6)
Insuficiente acompanhamento clínico	6 (28.5)	7 (33.3)

Pelos dados da tabela anterior podemos verificar as respostas das inquiridas sobre o acompanhamento clínico, nos serviços prisionais. Nos dois anos de duração do estudo, não se registam a classificação de bom. Por sua vez, as inquiridas apontam-nos uma qualidade suficiente para o acompanhamento clínico, respetivamente 15 (71,4%), em 2008 e 14 (66,6%), em 2010.

Verificamos, ainda, que 6 (28,5%) e 7 (33,3%) das respondentes classificaram como insuficiente o acompanhamento de serviço de saúde. Pelos resultados apresentados infere-se que é necessário investir nos cuidados de saúde, no meio prisional. Só assim, é possível garantir o bem-estar físico e psicológico da população reclusa, em especial as mulheres que sofrem de mais precaridade

4.3.3. – Estudo 2 - Participantes do sexo masculino

Para este estudo foi elaborado um levantamento com pormenor sobre a população, tendo em conta a sua característica. Isto é, um estudo prolongado no tempo e, por isso, longitudinal.

Para o conhecimento mais detalhado desta população utilizou-se um outro instrumento específico (Apêndice 2). O conhecimento desta população constitui uma das componentes inovadoras desta investigação, uma vez que se fez um levantamento exaustivo dos indivíduos.

A amostra foi selecionada por conveniência constituída pelos reclusos que estavam no Estabelecimento Prisional Central (EPC), no distrito de Bragança, em três momentos distintos: 2008, 2013 e 2016. Assim, determinou-se o mesmo número de indivíduos com e sem infeção, do sexo masculino com idades que variam entre os 18 aos 87 anos. A idade média dos participantes é de 46.21 anos (DP=11.69).

No que diz respeito à escolaridade, a maioria dos reclusos possui baixas habilitações literárias, sendo que 26 sujeitos nunca foram à escola ou não completaram o 1º Ciclo do Ensino Básico (CEB) (6,1%), 128 sujeitos completaram o 1º CEB (30,0%), 210 concluíram o 2º Ciclo (49,2%), 37 fizeram o 3º Ciclo (8,6%) e apenas 25 têm o Ensino Secundário (5,8%).

4.3.3.1. - Participantes do sexo masculino

No total, foram adquiridas 426 perceções nos três momentos de recolha dos inquéritos por questionário, sendo que 136 reportam-se ao ano de 2008, 144 são relativas ao ano de 2013 e 146 referem-se a 2016.

Tabela 10 - Prevalências de rastreios efetuados antes da primeira detenção

2008 - 136		Diagnóstico	
Infeção	Rastreio N (%)	Positivo N (%)	Negativo N (%)
VIH	77 (56.6)	10 (12.9)	67 (87.0)
VHB	68 (50.0)	8 (11.7)	60 (88.2)
VHC	71 (52.2)	26 (36.6)	45 (63.3)
2013 - 144			
VIH	89 (62.3)	7 (7.8)	82 (92.1)
VHB	80 (55.5)	7 (8.7)	73 (91.2)
VHC	83 (57.5)	28 (33.71)	55 (66.2)
2016 - 146			
VIH	91 (62.3)	8 (8.79)	83 (91.2)
VHB	81 (55.5)	7 (8.64)	74 (91.3)
VHC	84 (57.5)	30 (35.7)	54 (64.2)

Nota: VIH - Vírus de Imunodeficiência Humana. VHB - Vírus da Hepatite B. VHC – Vírus da Hepatite C

Pelos dados da tabela anterior, pode-se verificar que em relação à prevalência de rastreios efetuados às infeções, antes da primeira detenção, dos 426 participantes, em todos os anos da recolha dos dados (2008, 2013 e 2016), mais de metade referiu ter efetuado rastreios para cada uma das infeções. Também é possível verificar que no ano de 2008 os inquiridos mostraram menos preocupação em fazer um rastreio às doenças que temos vindo a fazer referência. Por sua vez, é o ano onde se registam mais casos de diagnósticos positivos em relação à VIH/Sida (10= 12.9%).

Tabela 11 - Prevalência das infeções VIH, VHB e VHC em contexto prisional

Infeção	2008 N= 68 (%)	2013 N= 72 (%)	2016 N= 73 (%)
VIH	16 (23.5)	11 (15.3)	11 (15.0)
VHB	2 (2.9)	8 (11.1)	8 (10.9)
VHC	35 (51.4)	37 (51.4)	48 (65.7)
VIH + VHC	10 (15.7)	13 (18.1)	1 (1.3)
VHB + VHC	2 (2.9)	1 (1.4)	2 (2.7)
VIH + VHB + VHC	3 (4.4)	2 (2.8)	3 (4.1)

Nota: VIH - Vírus de Imunodeficiência Humana. VHB - Vírus da Hepatite B. VHC - Vírus da Hepatite C

Considerando os participantes com diagnóstico positivo para pelo menos uma das infeções, à data da recolha de dados, os resultados mostram que a VHC é a infeção mais prevalente em todos os anos. Regista-se o mesmo número percentual (51,4%) de portadores desta infeção, nos anos de 2008 e 2013, e 48 (65,7%) indivíduos infetados, em 2016. A coinfeção VIH + VHC é a mais prevalente nos três em questão.

Tabela 12 - Contexto sobre o primeiro conhecimento

Contexto	2008 N=136 (%)	2013 N=144 (%)	2016 N=146 (%)
Centro de Saúde e/ou Hospital	17 (12.5)	18 (12.5)	19 (13.0)
Prisão	13 (9.5)	15 (10.4)	16 (10.9)
Amigos e/ou Familiares	75 (55.1)	78 (54.1)	78 (53.4)
TV	12 (8.8)	16 (11.1)	16 (10.9)
CAT	5 (3.6)	3 (2.0)	1 (0.68)
Escola	4 (2.9)	4 (2.7)	5 (3.4)
Outros	10 (7.3)	10 (6.9)	11 (7.5)

Nota: VIH - Vírus de Imunodeficiência Humana. VHB - Vírus da Hepatite B. VHC - Vírus da Hepatite C

Em relação ao contexto ou circunstância em que os participantes inquiridos ouviram falar das infeções pela primeira vez, verificamos, na Tabela 12, que mais de metade dos participantes, por ordem cronológica, 75 (55,1%) em 2008, 78 (54,1%) em 2013 e 78 (53, 4%) em 2016, referiu que a sua fonte de informação foi através de amigos e/ou familiares. A seguir, estão representados os contextos de saúde e/ou Hospital (17=12,5%, em 2008; 18 =12,5% em 2013 e 19= 13% em 2016), e a prisão (13=9,5%; 15=10,4% e 16=10,9%) referidos por um número mais reduzido de participantes conforme ilustram os dados da tabela anterior.

Tabela 13 - Motivos para o rastreio efetuado às infeções VIH, VHB e VHC

2008			
Motivo	VIH	VHB	VHC
Desconfiança/Dúvida	38 (49.3)	31 (45.5)	34 (47.8)
A pedido do Médico	24 (31.1)	20 (29.4)	21 (29.5)
Burocracias	12 (15.5)	16 (23.5)	14 (19.7)
Outros	3 (3.8)	1 (1.4)	2 (2.8)
Total de rastreios	77 (100)	68 (100)	71 (100)
2013			
Desconfiança/Dúvida	45 (50.5)	33 (41.2)	35 (42.1)
A pedido do Médico	31 (34.8)	31 (38.7)	33 (39.7)
Burocracias	12 (13.4)	14 (17.5)	12 (14.4)
Outros	1 (1.1)	2 (2.5)	3 (3.6)
Total de rastreios	89 (100)	80 (100)	83 (100)
2016			
Desconfiança/Dúvida	43 (47.2)	36 (44.4)	38 (45.2)
A pedido do Médico	33 (36.2)	29 (35.8)	32 (38.1)
Burocracias	13 (14.2)	15 (18.5)	13 (15.4)
Outros	2 (2.2)	1 (1.2)	1 (1.1)
Total de rastreios	91 (100)	81 (100)	84 (100)

Nota: VIH - Vírus de Imunodeficiência Humana. VHB - Vírus da Hepatite B. VHC - Vírus da Hepatite C

Conforme se pode verificar na anterior, Tabela 13, nos 3 anos de recolha de dados, a desconfiança/dúvida do próprio foi o motivo mais reportado para o rastreio efetuado respetivamente para VIH (em 2008, 38=49,3%, em 2013; 45 =50,5% e 2016, 43= 47,2%), seguida de VHC (34=47,8%; 35=42,1% e 38=45,2%), e por fim o VHB (31=45,5%; 33=41,2% e 36= 44,4%). O motivo Outros é o que regista menos referências dos reclusos inquiridos.

Na tabela seguinte reportam-se os comportamentos de risco referidos

pelos participantes, nos anos que foram recolhidos os dados.

Tabela 14 - Comportamentos de risco reportados

Comportamentos de risco ^{a)}	2008 136 (100%)	2013 144 (100%)	2016 146 (100%)
Nenhum	11 (8.0)	12 (8.3)	14 (9.5)
Relações Sexuais sem preservativo	107 (78.6)	117 (81.2)	118 (80.8)
Partilha de seringas	62 (45.5)	49 (34.0)	51 (34.9)
Prática de sexo em grupo	21 (15.4)	19 (13.1)	18 (12.3)
Relações Sexuais que não se lembra como aconteceram	34 (25.0)	32 (22.2)	32 (21.9)
Relação sexual casual e desprotegida	63 (46.3)	59 (40.9)	54 (36.9)
Relações sexuais com prostitutas/os	49 (36.0)	42 (29.1)	45 (30.8)
Tatuagens com material partilhado	17 (12.5)	20 (13.8)	18 (12.3)
Piercings com material partilhado	13 (9.5)	10 (6.9)	9 (6.1)

Nota: a) Cada participante pode ter reportado vários comportamentos de risco

No que se refere aos comportamentos de risco, é evidente a uniformidade no comportamento de *Relações sexuais sem preservativo*, nos anos da recolha de dados, uma vez que este apresentou maior prevalência de relatos, nomeadamente 107 (78,6%) referências, em 2008; 117 (81, 2%) referências, em 2013 e, por fim, 118 (80,8%), em 2016.

Ainda na Tabela 14 verificam-se muitas referências nos restantes comportamentos de risco identificados. Assim, em segundo lugar verificamos a seleção da afirmação "Relação sexual casual e desprotegida", infere-se com alguém que o recluso não conhecia ou tinha acabado de conhecer com 63 (46,3%) referências em 2008, 59 (40,9%) referências em 2013 e 54 (36,9%) referências em 2016. A seguir, registamos mais afirmações em comportamentos como "Partilha de seringas" (62=45,5% em 2008; 49=34% em 2013; 51= 34,9% em 2016), "Relações sexuais com prostitutas/os" (49=36% em 2008; 42=29,1% em 2013; 45=30,8% em 2016) e "Relações Sexuais que não se lembra como aconteceram 34=25% em 2008; 32 =22,2% em 2013 e 32=21,9% em 2016). Percebe-se que os reclusos mantêm uma atividade sexual com risco de infetar ou ser infetado.

Importa recordar que a nossa investigação decorreu entre 2008 e 2016, com a realização de um inquérito por questionários a reclusos do sexo masculino com e sem diagnóstico de vírus da SIDA/VIH e/ou Hepatites (B e C). A tabela seguinte reflete apenas os dados dos indivíduos infetados.

Tabela 15 - Contexto e Modo de Transmissão da Doença

Contexto de Transmissão	2008 68 (100%)	2013 72 (100%)	2016 73 (100%)
Fora da prisão	54 (79.4)	59 (81.9)	57 (78.0)
Dentro da prisão	8 (11.7)	11 (15.2)	12 (16.4)
Não sabe identificar	6 (8.8)	2 (2.7)	4 (5.4)
Modo de Transmissão ^{a)}			
Relações Sexuais sem preservativo	63 (92.6)	68 (94.4)	68 (93.1)
Partilha de seringas	30 (44.1)	43 (59.7)	45 (61.6)
Partilha de material: tatuagens e/ou Piercings	17 (26.9)	20 (27.7)	22 (30.1)
Não sabe identificar	5 (7.3)	4 (5.5)	5 (6.8)

Nota: a) Cada participante pode ter reportado vários modos de transmissão

Dos participantes com diagnóstico de uma ou mais das infeções em estudo, pelos dados da tabela anterior, verifica-se que a maior parte deles, em todos os momentos do estudo, ficou infetado fora da prisão. Por sua vez, enquanto alguns reclusos que afirmam ter contraído as doenças no meio prisional (8=11,7% em 2008; 11=15,2% em 2013 e 12=16,4% em 2016), outros não sabem identificar o local onde adquiriram o(s) vírus(s).

Os portadores de pelo menos uma das infeções afirmam que as "Relações sexuais sem preservativo" (63=92,6%; 68=94,4%; 68=93,1%) foram um dos maiores fatores do modo como contraíram a doença. Também consideraram que a "Partilha de seringas" (30=44,1% em 2008; 43=59,7% em 2013 e 45=61,6% em 2016) foi o motivo da infeção de que é portador, a seguir entendem que "Partilha de material: tatuagens/Piercings" contribuiu para a transmissão da doença e 14 (6,5%) não souberam indicar o comportamento que poderá ter levado à infeção.

Nesta parcela do questionário, nos três estudos, há respondentes que não sabem identificar o modo de transmissão da doença.

Os dados da tabela seguinte permitem verificar o número de consumidores de drogas ilícitas, suas preferências e vias de consumo. Relembramos que os números se encontram ordenados por sequência cronológica, portanto, por ordem crescente.

Tabela 16 - Tipo de drogas e vias de consumos fora da prisão

	2008	2013	2016
n (%)	136 (100%)	144 (100%)	146 (100%)
Consome	103	114	119
Tipo de drogas ^{a)}			
Haxixe	99 (96.1)	109 (95.6)	110 (92.4)
Cocaína	90 (87.3)	96 (84.2)	98 (82.3)
Heroína	88 (85.4)	92 (80.7)	93 (78.2)
LSD	35 (33.9)	34 (29.8)	37 (31)
Ecstasy/Anfetaminas	12 (11.6)	9 (7.8)	8 (6.7)
Colas/Solventes/Inalantes	8 (7.7)	7 (6.1)	7 (5.8)
Vias de consumo ^{a)}			
Fumada	97 (94.1)	111 (97.3)	114 (95.7)
Oral	20 (19.4)	17 (14.9)	17 (14.2)
Inalada	59 (57.2)	65 (57.0)	62 (52.1)
Injetada	62 (60.1)	67 (58.7)	65 (54.6)
Duas ou mais vias utilizadas	80 (77.6)	80 (70.1)	78 (65.5)

Nota: a) Cada participante pode ter referido mais do que uma substância e mais do que via de consumo

No que se refere à análise de prevalência aos consumos de drogas ilícitas, dos 426 participantes dos três momentos de recolha de dados, a maioria (336=78,8%) afirmam terem consumido drogas ilícitas, fora do estabelecimento prisional.

A ordem de preferência é comum nos vários momentos. Assim, o haxixe é a substância mais prevalente (99=96,1%;109=95,6%;110=92,4%), seguida da cocaína (90=87,3%; 96=84,2%; 98=82,3%) e da heroína (88=85,4%; 92=80,7%; 93=78%).

Considerando as vias de consumo, cerca de 71% (80 de 2008; 80 de 2013; 78 de 2016) dos respondentes referiram terem utilizado duas ou mais vias, sendo que mais de metade dos participantes reportaram igualmente as formas inalada (59=57,2%; 65=57%; 62=52%) e injetada (62=60,1%;67=58,7%; 65=55%) como vias únicas de consumo.

Tabela 17 - Tipo de drogas consumidas em contexto de reclusão

n (%)	2008 65 (100%)	2013 72 (100%)	2016 68 (100%)
Tipo de drogas			
Haxixe	30 (46.15)	33 (45.83)	28 (41.17)
Cocaína	25 (38.46)	28 (38.88)	22 (32.35)
Heroína	1 (1.53)	2 (2.77)	1 (1.47)
Haxixe + Heroína	4 (6.15)	5 (6.94)	3 (4.41)
Metadona	18 (27.69)	20 (27.77)	13 (19.12)
Metadona e outra(s) substância(s)	22 (33.84)	27 (37.50)	23 (33.82)
Vias de consumo ^{a)}			
Fumada	29 (44.61)	36 (50.0)	31 (45.58)
Oral	16 (24.61)	21 (29.16)	14 (20.59)
Injetada	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Fumada + Oral	23 (35.38)	27 (37.50)	22 (32.35)
Injetada + Fumada	1 (1.53)	2 (2.77)	1 (1.47)

Nota: a) Cada participante pode ter referido mais do que uma substância e mais do que via de consumo

A análise dos consumos em contexto de reclusão, realizada através dos dados existentes na Tabela 17, mostra que nem todos os participantes consumidores responderam a esta questão, nos 3 anos em questão. Assim, em 2008, responderam 65 (63%) indivíduos, em 2013, responderam 72 (63%) sujeitos e, em 2016, responderam 68 (57%) reclusos.

Dos participantes, nos 3 anos da recolha de dados, referiram manter algum tipo de consumo, sendo o haxixe a substância mais prevalente (n=30,46%; n=33,45% e n=28,41%) durante a pena de prisão.

Em relação ao consumo exclusivo da metadona registam-se menos participantes (n=18, 27%; n=20, 27% e n=13,19%) do que os indivíduos que assumem consumir metadona cumulativamente com outra substância (2008, n=22,33%; 2013, n=27, 37% e 2016, n=23,33%)

Das vias de consumo referidas, o modo "Fumada" apresentou ser a mais prevalente, nos 3 anos em questão com os seguintes resultados: n=29, 44% em 2008; n=36,50%, em 2013 e por fim, n=31, 45% em 2016.

Estes dados encontram eco, em Portugal, pelas palavras do médico João Castel-Branco Goulão (2016), numa entrevista ao Jornal Público, ao referir: "O que se passa dentro das cadeias é um reflexo da tendência geral da sociedade (...) com uma variante: nas prisões, é tudo muito ampliado".

CAPÍTULO 5 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A apresentação bruta dos resultados não tem sentido senão incluída numa discussão na qual o investigador lhes dá significação. Esta secção do relatório coloca os resultados num contexto de realidade.

Fortin (2009, p. 37)

Relembrando a temática, com este estudo pretende-se perceber a reclusão como possível fator de propagação do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) adquirida, Vírus da Hepatite (VHB e VHC) e tuberculose em meios prisionais, “num contexto de realidade” (Fortin, 2009, p.12), cuja pesquisa decorreu no norte de Portugal.

O Projeto WHO HEALTH IN PRISONS (WIPP) realizado em 1995 sobre o desenvolvimento dos sistemas de saúde prisionais, deu especial relevância às doenças contagiosas VIH/AIDS, Hepatites e Tuberculose, por se sentir necessidade de intervenção tendo em conta o assustador número de infetados que grassam no mundo de hoje.

A análise comparativa entre os estudos realizados e publicados e os resultados obtidos neste estudo compõe a discussão dos resultados que iremos explanar neste capítulo.

Tendo em conta que “a apresentação bruta dos resultados não tem sentido senão incluída numa discussão” (ibidem) em que se inclui a significação dada pelo investigador, este capítulo considera-se essencial para a perceção de todo um trabalho de pesquisa, uma vez que tentaremos expor e confrontar os nossos resultados com os de outros pesquisadores, tornando, assim, este estudo mais consistente e com melhor qualidade.

Na implementação atempada de medidas preventivas da disseminação das infeções temos de levar em linha de conta a relutância por parte dos Estabelecimentos Prisionais em fornecer dados sobre o processo clínico dos seus reclusos (Dolan, Kite, Aceijas & Stimson, 2007). Deste modo o estudo realizado é de real importância uma vez que não nos foi colocado nenhum entrave à consulta de informação relativa aos processos clínicos no Estabelecimento Prisional onde decorreu o estudo da população

reclusa masculina. As amostras e os respetivos estudos realizados enunciam, assim, alguma informação essencial.

Na análise da história clínica dos reclusos masculinos, obtivemos uma proporção mais baixa de indivíduos infetados do que aquela que é apontada na literatura (Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose, 1995; em 2003; Plano Nacional de Saúde; Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/SIDA 2012-2016, em 2011.) e nos dados fornecidos pela Direção Geral dos Serviços Prisionais e, sobretudo, não encontramos qualquer recluso infetado com Tuberculose, o que nos leva a concluir que estas prisões são claramente atípicas.

Por outro lado, à semelhança do que tem sido reportado pela literatura (EMCDDA, 2012), os resultados do nosso estudo mostram que os reclusos apresentam uma saúde mais precária do que a população em geral, a nível mundial, com maior prevalência das infeções do VHC e do VIH. Além disso, tendo em conta os dados recolhidos na amostra de infetados, verificou-se uma semelhança com a população mundial, ou seja, a infeção VHC é a mais prevalente, seguindo-se a infeção VIH.

5.1 - Discussão do Estudo 1 – Reclusos do sexo feminino

Iremos dar início a esta discussão seguindo a ordem das tabelas com os resultados recolhidos. Assim, a população feminina estudada, num estabelecimento prisional do distrito do Porto, é relativamente jovem, apresentando uma idade média de 35 anos. Além disso, apresentou uma prevalência, nos dois anos de estudo (2008 e 2010), na infeção pelo vírus da hepatite C (VHC).

A predominância de reclusas jovens é frequentemente apontada por autores como Brenda et al. (2009), Lopes et al. (2001) e Miranda et al. (2000). Além disso, apresentou uma prevalência, nos dois anos de estudo, na infeção pelo VIH. Esta infeção expande-se, facilmente, no meio prisional, havendo altas taxas de prevalência a nível universal (Rosa et al., 2012).

No que diz respeito ao local de infeção, em relação ao universo das 42 reclusas que colaboraram neste estudo, uma minoria 7 (16,6%) afirma ter-se infetado num estabelecimento prisional e 32 (84,2%) entende que foi

fora da prisão tendo em conta os seus comportamentos de riscos e as restantes (3, 7,14%) não sabem identificar.

Importa referir que o contacto sexual com um parceiro eventualmente infetado aumenta o risco de transmissão da doença (Straub, 2002). Outra forma de transmissão de doenças é a troca de seringas, como se verifica em 15 (40,5%) reclusas do nosso estudo.

Estes dados encontram paralelo num estudo efetuado num Estabelecimento Prisional, em Banguet, na Tailândia. Conclui-se que a prisão é um fator de risco para a infeção por VIH nos indivíduos que recorrem às drogas injetáveis (Buavirat et al., 2003).

Um estudo efetuado no México, com 2.519 presos participantes, concluiu que a prevalência de infeção pelo HCV entre reclusos é consideravelmente maior do que na população em geral. Os fatores de risco mais importantes para o VHC nesta população de presos eram drogas injetáveis e partilha de materiais para este fim, injeções (Belaunzarán-Zamudio, et al., 2017).

O nosso estudo evidenciou que fora do estabelecimento prisional, as mulheres já consumiam drogas ilícitas. Realçaram-se drogas como o haxixe (19=90,4% e 20=95,2%), a cocaína (17=80,9% e 18=85,7%), a heroína (13=61,9% e 12=57,1%) e comprimidos como ecstasy/anfetaminas (11=52,3% e 10=47,6%).

Estes dados encontram justificação, no relatório anual do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (EMCDDA, 2017) mais de um quarto da população da União Europeia com idades entre os 15 e os 64 anos experimentou drogas ilícitas durante a sua vida, com a 'cannabis' a ser a droga mais experimentada, seguida da cocaína.

Esta tendência foi verificada mesmo sem liberdade. Ou seja, as reclusas importaram para a prisão o mesmo comportamento de consumo de drogas ilícitas. O haxixe (18= 85,7% e 19=90,4%), a cocaína (16=76,1% e 17=80,9%), a heroína (12=57,1% e 13=61,9%) e comprimidos como ecstasy/Anfetaminas (12=57,1% e 9=42,8%) foram as drogas com mais escolhidas pelas inquiridas.

Estes resultados encontram eco similar num estudo, nos Estados

Unidos da América, coordenado por Rowell-Cunsolo, em 2016. Neste sentido, a maioria dos participantes relatou um histórico de uso de drogas ilícitas (77,5%). Sete por cento relataram usar drogas durante os seis meses anteriores de prisão ($n = 100$). Os participantes que cumpriram pena de um ano ou inferior a este período tiveram menos probabilidades de utilizar drogas do que aqueles com uma pena superior a um ano ($OR = 0,50$; $IC\ 95\% = 0,26-0,98$). Por sua vez, os participantes com uma faixa etária entre 37 e 89 anos evidenciam menos tendência a consumir drogas em relação aos prisioneiros mais jovens ($OR=0,39$; $IC\ 95\%=0,19-0,80$). Os consumidores de heroína tiveram mais probabilidade (duas vezes mais) de consumir do que os indivíduos que não consumiam ($OR=2,28$; $IC\ 95\%=1,04-5,03$). Esta probabilidade foi similar nos consumidores de cocaína ($OR=2,53$; $IC\ 95\%=1,13-5,69$).

Comportamentos de risco como a partilha de seringas e a utilização de material para a realização de tatuagens e/ou colocação de *piercings* foram motivos indicados como possíveis transmissores de doenças infecto contagiosas, no estudo que temos vindo a fazer referência, em relação à população feminina.

Importa recordar que nem os *piercings* nem as tatuagens são invenções contemporâneas. Contudo, a falta de condições para um fornecimento de material esterilizado ainda não é prática corrente nas prisões. Em consequência, não tem sido possível evitar infeções e outros problemas associados como hemorragia infeção local, trauma na mucosa (Perkngs & Harrison, J. 1997; Moore & Dally, 1999; Oregon State Licensing Office Archives, 2001), e mesmo gangrena, amputação ou morte (Long & Rickman, 1994).

A ilegalidade de consumo de drogas ilícitas e da realização de tatuagens potencia comportamentos de risco na população que vive reclusa e a disseminação de doenças infetocontagiosas que temos vindo a fazer referência. Contudo, tendo em conta a prevenção da saúde prisional em particular, e da saúde pública em geral é necessário manter contenções nos comportamentos de risco para a adesão de práticas saudáveis de vida (Hellard, Aitken & Hocking, 2007).

5.2 - Discussão do Estudo 2 – Reclusos do sexo masculino

Este estudo foi realizado num estabelecimento prisional, no distrito de Bragança, em 3 momentos. Dos 426 inquiridos, nos diferentes momentos, mais de metade mencionou ter realizado rastreios, antes da primeira detenção, para a deteção de VIH, VHB e VHC, inferindo-se que demonstram estar conscientes e preocupados devido aos fatores de risco a que se expõem.

Apesar de as infeções VIH e HCV estarem em franca diminuição nos três momentos de recolha de dados, estas infeções representam, ainda, uma fatia substancial do total dos detidos, o que é preocupante em termos da saúde da população deste estabelecimento prisional, como da saúde prisional portuguesa em geral e da saúde pública de que esta faz parte integrante.

No que respeita à **prevalência das infeções VIH, VHB e VHC em contexto prisional**, à semelhança do que tem sido reportado pela literatura (EMCDDA, 2012), os resultados do nosso estudo mostram que os reclusos apresentam uma saúde mais precária do que a população em geral, a nível mundial, com maior prevalência das infeções do VHC, logo seguida do VIH.

Os indivíduos que estão infetados com VIH, VHC, VHB no estabelecimento prisional estudado, mais não demonstram que o peso destas infeções nas nossas populações reclusas, à semelhança do que acontece no restante mundo atual, como em tantos dos estudos que nesta investigação temos vindo a referenciar e que nos mostram que as populações prisionais têm prevalências infecciosas superiores às das populações livres, uma vez que esta quase atinge 25% desta população reclusa (Baillargeon et al., 2004). Outros estudos realizados nos Estados Unidos da América (Ruiz, Molitor, Sun et al., 1999; Macalino, Vlahov, Sanford-Colby et al., 2004; Hammett, Harmon; Rhodes, 2002; El-Serag, 2004) comprovam que o VHC é a infeção prevalente nas prisões com mais de 1/3 da população reclusa infetada, ultrapassando em larga escala as infeções dos reclusos pelo VIH (2,5%) e pelo VHB (2%).

A nível mundial a prevalência de infetados com VIH nas prisões varia entre 2%, na Irlanda e no Quebec (Canadá), 6% em França, 17% nos

Estados Unidos e 12 e 19,4% em Espanha (Passadouro, 2004) o que mostra que a nossa população não se encontra em pior situação que algumas aqui referenciadas.

Reportando-nos à nossa amostra, a maioria dos reclusos são portadores do Vírus Hepatite C, sendo esta realidade registada em maior número nos três anos de recolha de dados. Ou seja, o VHC é a infeção prevalente da nossa amostra seguindo-se o VIH e a coinfeção VIH/VHC à semelhança dos estudos que consultamos. Esta situação relaciona-se com os comportamentos de risco implicados na sua transmissão, pois na análise da nossa amostra verificamos que a maioria dos infetados são toxicodependentes.

A realidade europeia relativamente às orientações para o tratamento da Hepatite C em doentes toxicodependentes, tanto dentro como fora dos estabelecimentos prisionais, é díspar. Em muitos países não existe qualquer tipo de orientação nacional concertada, sendo a decisão tomada por cada Centro ou mesmo por cada profissional de saúde, de forma pontual. Os consumidores de droga, reclusos ou não, continuam a ter um acesso limitado ao tratamento da VHC. Este facto deve-se, entre outras razões, a uma capacidade de tratamento insuficiente, à falta de informações sobre as opções de tratamento, ou à baixa prioridade atribuída aos consumidores de droga. A terapêutica da hepatite C no contexto da toxicodependência é, por vezes, difícil, mas pode melhorar com uma gestão clínica cuidadosamente planeada e organizada e com a cooperação dos doentes, após um consentimento informado, mesmo estando estes encarcerados (Sarmiento et al., 2013).

A hepatite B, com a mais baixa das prevalências entre as infeções da nossa amostra, diminuiu nos últimos anos do nosso estudo. Provavelmente esta situação estará relacionada com a existência do programa de vacinação, disponível desde 1980, cuja vacina passou a ser comercializada a partir de 1986, o maior meio de prevenção para esta infeção, sendo 95% eficaz na prevenção do desenvolvimento das infeções crónicas (Szmunn, Stevens, Zang et al., 1981; Centers for Disease Control and Prevention & Recommendations of the Immunization Practices Advisory Committees,

1987).

Enquanto na nossa amostra a associação das infeções VHC e VHB não atingiu um peso substancial, ambas as infeções de hepatite viral formam um importante problema global de saúde pública, responsável por mais de meio bilião de infeções crónicas no mundo (Van, Vorsters & Damme, 2008).

Na obrigatoriedade de promover um plano de saúde e de doença no EP (Dec. Lei 51/2011 de 11 de Abril, art.º 53 a 66.º) há necessidade de, nos planos de promoção da saúde e prevenção da doença, constar sempre as temáticas das doenças infetocontagiosas para que todos sejam informados sobre o assunto.

Relativamente ao **contexto em que tiveram conhecimento acerca das referidas infeções**, a maioria da nossa amostra (mais de 53% dos inquiridos) referiu ter ouvido falar das mesmas, pela primeira vez, entre familiares e amigos, sendo os contextos clínicos (apenas 13% dos inquiridos, em 2016) e prisionais (apenas 10,9% dos inquiridos, em 2016) pouco referidos. Em pé de igualdade com o contexto prisional, os meios de comunicação social (TV) também foram apontados como um meio informativo das infeções.

Tendo em conta que os reclusos entram nos estabelecimentos prisionais a partir dos 18 anos de idade, parece-nos que em populações de risco como a da nossa amostra, o Sistema Nacional de Saúde (SNS) poderá ser um meio em que esta informação deve ser melhor trabalhada.

No que respeita aos **motivos para o rastreio efetuado às infeções VIH, VHB e VHC**, a maioria dos participantes (acima dos 41%) referiu ter efetuado rastreios para cada uma das infeções antes da primeira reclusão, principalmente por motivo de desconfiança pessoal. Esta constatação permite-nos inferir que, à partida, isto poderá dever-se à prática de comportamentos de risco já antes da primeira reclusão. Uma elevada percentagem de indivíduos (acima de 29%) também apontou “a pedido médico” como motivo para o rastreio às infeções, o que nos leva à inferência de que o paciente poderá ter tido sintomas ou ter confessado comportamentos de risco que incentivaram o médico a solicitar tal rastreio.

Educar para a saúde será a melhor forma de ajudar os reclusos a

entender a irreversibilidade de certas infeções e de os preparar para serem voluntariamente rastreados e mesmo para que procurem voluntariamente os cuidados de saúde, pois que uma boa política de saúde exige o rastreio voluntário do maior número possível de presos (Arriola et al., 2001; Amankwaa et al., 2001).

Considerando o tema principal deste trabalho, um dado que nos parece meritório de atenção é o resultado da prevalência de **comportamentos de risco** assumidos pelos inquiridos: relações sexuais sem preservativos; relação sexual casual e desprotegida; relação sexual com prostitutas/os; partilha de seringas; relações sexuais que não se lembra como aconteceram; prática de sexo em grupo; tatuagens com material partilhado e, por fim, pierciengs com material partilhado.

Apenas uma minoria (9,5%) dos inquiridos referiu não ter qualquer comportamento de risco. No entanto, apesar de a maioria dos participantes afirmar ter conhecimento sobre o que são comportamentos de risco, uma elevada percentagem dos inquiridos (mais de 78%) afirmou, ainda assim, ter tido comportamentos de risco, sendo os comportamentos de risco mais referidos, antes da primeira reclusão, as relações sexuais desprotegidas. Esta constatação é consonante com outro estudo feito em Portugal (Nodin, Carballo-Diéguéz & Leal, 2015), em que se verificou a prevalência de relações sexuais casuais e desprotegidas em indivíduos portadores de vírus infetocontagiosos.

A partilha de seringas foi o segundo comportamento com maior prevalência de relato, o que demonstra ser uma necessidade de intervenção, na medida em que este comportamento tende a proporcionar maior risco de infeção do que o facto de manter relações sexuais desprotegidas (Adams, Moody & Morris, 2013).

Estes dados mostram que o facto de haver conhecimento sobre o que são comportamentos de risco - e os nossos participantes referiram ter esse conhecimento - não é suficiente para que esses mesmos comportamentos não sejam praticados. Assim, parece-nos que esta informação espelha bem a necessidade de reforçar e/ou melhorar a educação para a prevenção de infeções, nomeadamente através da divulgação de informação que, na

nossa opinião, deverá ser adaptada às características desta população de risco, em detrimento de campanhas generalistas. É necessário, cada vez mais, que através de todas as formas de informação se procure eliminar os comportamentos que viabilizam a contaminação.

É inegável que, enquanto em reclusão, os comportamentos de risco acontecem nas prisões assim que surge uma oportunidade, o que aumenta a transmissão de doenças (Decker, Vaughn et al., 1984; Gaughwin, Douglas et al., 1989; Nacci & Kane, 1983; Squires & Strobl, 1996).

É muito difícil determinar até que ponto os fatores de risco da transmissão das infeções serão conhecidos da população do intramuros prisional. Os presos não falam facilmente sobre os seus problemas de sexo e droga com receio de retaliações por parte do estabelecimento prisional e de, se o fizerem, pensarem que poderão contribuir, de alguma forma, para um possível agravamento das suas penas, pois que estariam a assumir que praticavam atividades ilícitas enquanto em reclusão (Braithwaite & Arriola, 2003).

No entanto, no que respeita **ao contexto e modo de transmissão da doença** infetocontagiosa, uma grande maioria dos inquiridos com diagnóstico de infeção (acima de 78%) confessa ter tido comportamentos de risco fora da prisão, sendo os modos de transmissão prevalentes as relações sexuais sem preservativo e a troca de seringas. Como se conclui, os comportamentos de risco dos reclusos foram, muitas vezes, os seus fiéis acompanhantes na prisão, uma vez que já existiam antes da sua condenação e que já na sociedade livre não eram devidamente combatidos. Há trabalhos que nos mostram, por exemplo, que devido ao seu estilo de vida anterior à reclusão, alguns presos contraíram doenças sexualmente transmitidas antes da reclusão.

No entanto, alguns referiram ter contraído a infeção em contexto prisional (cerca de 16%). De acordo com alguns estudos, em espaços prisionais podem encontrar-se fatores que favorecem a transmissão de doenças contagiosas porque a própria prisão geralmente não modifica o comportamento de homens que já têm relações homossexuais antes da reclusão (Zachariah et al., 2002) e que, em celas com vários reclusos,

oferece-se uma oportunidade para o sexo, muitas vezes, desprotegido. Pode, ainda, induzir a que aqueles que as não tinham antes da sua reclusão as apresentem enquanto cumprem a sua pena, isto porque as relações sexuais entre os reclusos são um grande fator de contaminação, muitas vezes porque os indivíduos estão mal informados.

De acordo com o Institute of Medicine of the National Academy of Sciences (2006) e outros estudos (Aceijas, Stimson, Hickman, Rhodes, 2004; United Nations Special Session on HIV/AIDS, 2001; Dublin Declaration on Partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia, 2005) os programas preventivos poderiam ajudar os toxicodependentes a reduzir o risco da transmissão do VIH pela via sexual, incluindo os testes confidenciais do VIH, as consultas médicas e as terapêuticas retrovirais reduzindo, desta forma, o risco da transmissão da infeção.

Para prevenir as doenças transmissíveis temos, também, de promover os contactos sexuais seguros, com preservativos de fácil acesso, para que o recluso não se sinta vigiado quando os vai procurar e tenha medo de ser relacionado com comportamentos que provoquem reações discriminatórias entre os guardas e/ou entre os outros reclusos, uma vez que a vida sexual do recluso é substancialmente alterada com a reclusão que lhe corta as relações familiares e por vezes o impele para uma homossexualidade para a qual não estava vocacionado quando em liberdade, com todas as consequências que daí poderão resultar aquando do retorno à liberdade.

Nas celas partilhadas podem acontecer vários tipos de violações. Lembramos que existem sistemas de escravatura sexual em várias prisões dos Estados Unidos (Texas, Illinois, Michigan Califórnia e Arkansas) onde os reclusos afirmaram terem sido vendidos, comprados e forçados a relações sexuais diárias. (Hammett, 2006).

Nesta senda parece-nos importante considerar o meio prisional como um contexto primordial de prevenção. Ainda que os participantes não tenham assumido de forma clara a utilização de drogas injetáveis em contexto de reclusão, vários reportaram considerar que a prisão foi o local onde foram infetados, tendo mencionado a partilha de seringas como uma

das principais causas.

Perante esta informação, parece-nos de suma importância repensar uma nova forma de implementar o programa Troca de Seringas, uma vez que estes programas têm sido cientificamente validados como sendo um meio efetivo na diminuição dos riscos associados quer ao uso de drogas injetáveis, como também às doenças infecciosas e consequentemente à mortalidade associada a estas variáveis (Costa, Paiva, Ferreira & Santos, 2015).

No que respeita ao **tipo de drogas e vias de consumo em contexto de reclusão**, cerca de metade dos participantes neste estudo referiram manter na prisão algum tipo de consumo, apontando o haxixe como a principal substância consumida por via fumada.

Diversos artigos relacionam as doenças infecciosas à toxicodependência. Esta situação também é verificada no nosso estudo, pois a maioria dos infetados da nossa amostra são toxicodependentes. De novo referenciamos que o mesmo acontece com a proporção de toxicodependentes, sendo mais alta na população prisional que na comunidade em geral. Segundo o estudo realizado por Passadouro (2004), o consumo de drogas ilícitas nas prisões é um facto, embora a maioria dos reclusos admitisse consumir menos em meio prisional, cerca de 17,8% afirmaram consumir mais vezes na prisão.

Os resultados do presente estudo demonstram também que o início de consumo de drogas ilícitas tende a ser em idades precoces, sendo o haxixe a substância de eleição, o que é análogo a outros estudos europeus (EMCDDA, 2012). Por outro lado, note-se que, ao entrarem na prisão, alguns reclusos não param nem reduzem o uso de drogas ilícitas, sendo que outros iniciam o consumo neste contexto, o que consequentemente implica comportamentos mais prejudiciais enquanto reclusos (EMCDDA, 2012).

De referir, ainda, que a análise aos consumos e comportamentos de risco entre os participantes sem diagnóstico de infeção apresentou alguns dados que nos merecem reflexão. Por um lado, de entre os participantes que não têm diagnóstico de qualquer infeção e são consumidores, uma percentagem bastante razoável refere consumir metadona com outro tipo de

substância. Sendo certo que a metadona é um programa de substituição opiácea para a heroína, e pese embora os consumos conjuntos sejam principalmente com haxixe, estes resultados parecem apontar para a necessidade de repensar o motivo e a forma como o programa de substituição de opiáceos está a ser aplicado.

Cumpre-nos, também, refletir que, apesar de ter havido apenas um recluso a referir o consumo por via injetada, temos que suspeitar que este valor pode estar longe da realidade. Contudo, este participante, que tem diagnóstico de infeção, é um potencial fator de risco para a disseminação das infeções, uma vez que o VIH, o VHB e o VHC são transmitidos nas prisões principalmente através da partilha de equipamentos de injeção contaminado (WHO, 2009). Num estudo coordenado por Anália Cardoso (2008) efetuado em 2001 e em 2007, em 47 prisões portuguesas verificou-se uma diminuição de indivíduos que declararam o uso de drogas endovenosas dentro da prisão. Assim de 11,4%, em 2001 passou para 3,1%, em 2007.

O uso clandestino de drogas injetáveis em prisões da Europa levou a que fosse reconhecido que este comportamento de risco poderá causar novas infeções na prisão (Stover & Nelles, 2003). A ideia de prisões livres de droga também não parece ser mais realista que a ideia de uma sociedade livre de droga (Shewan, Gemmell, Davies, 1994) e, como a droga e a infeção passeiam de mãos dadas, teremos de as impedir. Para que tal aconteça temos que banir as razões que ainda impedem a implementação de Programas de troca de seringas, pois a prevenção das infeções não só requer que cada seringa utilizada seja trocada por uma seringa esterilizada, mas também exige que todas as seringas usadas sejam retiradas da comunidade (Heimer et al., 1993).

A primeira prisão do mundo a adotar um programa não oficializado de troca de agulhas, foi a prisão de máxima segurança para homens de Oberschongrun, na Suíça, em 1993 (ONUSIDA, 2001). No ano seguinte, o método foi implementado oficialmente e testado cientificamente noutra prisão (Hindelbank). Como foi um grande êxito, posteriormente aplicado noutras prisões.

Portugal foi o décimo sexto país na União Europeia a implementar um

Programa de Troca de Seringas (SEP) em 1993, tendo sido o 12º país a financiar estes programas com dinheiros públicos, em 1994 (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2008). Temos provas fornecidas por vários estudos científicos (Stark et al., 2006; Stover, 2000) que, após a implementação dos programas de troca de seringas nas prisões, a partilha de equipamento infetado cessou ou diminuiu substancialmente. Nós entendemos que, facilitando ao recluso o anonimato na referida troca, para que ele não seja discriminado por causa da sua toxicodependência, o sucesso destes programas poderá ser muito maior. Desta forma o comportamento de alto risco que a partilha de materiais infetados constitui, para os reclusos toxicodependentes e/ou para aqueles que se fazem tatuar, ou colocam *piercings* na prisão, é banido ou muito diminuído, o que se traduz em resultados muito importantes para a saúde prisional, onde diminuem ou acabam os novos casos de infeção e, assim, a saúde prisional e a saúde pública beneficiam com a implementação dos Programas de Troca de Seringas.

Acerca deste assunto, encontrámos estudos em que “noutros países, tatuar é vulgar” mesmo nas prisões (Hellard et al, 2007, p.35). No entanto, esta vulgaridade encontra-se protegida, uma vez que as entidades governamentais fornecem os meios para uma prática segura.

Os possíveis travões às infeções que referimos têm sido remetidos para cinco vias principais: a informação e a educação, o rastreio, a redução dos prejuízos dos comportamentos de risco, o tratamento e a vacinação.

A educação, que é uma das tarefas essenciais da prevenção para a saúde, não se restringe à população reclusa, deverá incluir o pessoal que trabalha nos estabelecimentos prisionais e a população em geral. A saúde tem de se tornar numa preocupação partilhada além de ser preciso melhorar os cuidados de saúde prisionais à medida que melhoram cuidados de saúde destinados à restante população. A prevenção contra as infeções que se tem de implementar nos estabelecimentos prisionais deve ser a mesma que se disponibiliza na sociedade não reclusa, não só porque o recluso deve ter os mesmos cuidados de saúde que a restante população (e a prevenção é o primeiro cuidado de saúde), mas porque as prisões são um barómetro da

saúde nacional. Nós dizemos isto consciente de que a saúde prisional espelha a saúde pública.

O conhecimento desta realidade espelha-se em estudos que nos alertam para o facto de que termos de combater a infeção e as suas múltiplas formas de disseminação até que ela se renda incondicionalmente na sociedade livre e na sociedade reclusa, com base na realidade humana. Banir o crime significa banir as circunstâncias determinantes do crime e isso implicará uma sociedade nova, com condições de igualdade e de oportunidade para todas as pessoas. A ideia de uma sociedade prisional livre do contágio é um desejo, que a realidade ainda não viabiliza.

Os presos têm o direito de conservar a sua saúde tal como a população livre. Uma má saúde do recluso contribuirá para agravar a sua sentença e poderá constituir perigo para a saúde pública, não só pelo resto da população prisional, mas também para o resto da comunidade livre. Reclusos infetados, mesmo em pequeno número, são focos de infeção.

Em suma, não há prevenção sem educação, temos de educar de forma adequada e eficaz tanto a população reclusa como a não reclusa pois se for entendida a informação não se rejeita o que poderá levar à mudança nos comportamentos de risco para a disseminação de infeções.

CONCLUSÃO

O término deste estudo pressupõe o registo de algumas reflexões acerca da temática investigada e dos resultados obtidos.

Em nosso entender, a concretização deste trabalho, além de ter contribuído para reforçar conhecimentos e desenvolver competências no âmbito de contextos prisionais como meio de propagação de vírus infetocontagiosos, também nos permitiu atingir a meta inicialmente proposta, ou seja, perceber se a prisão constitui um fator de risco, ao nível da propagação de doenças infetocontagiosas – VIH, Hepatite – tendo em conta o comportamento dos indivíduos que se encontram reclusos. Para o cumprimento desta meta propusemos alguns objetivos que passaremos a enunciar justificando o seu cumprimento ou não cumprimento.

Através de inquéritos que propusemos aos reclusos e reclusas que dos estabelecimentos prisionais centrais nortenhos obtivemos respostas voluntariamente dadas e inferimos que podem ser respostas contaminadas pelo ódio à reclusão e à discriminação, como outros investigadores, antes de nós, o assumiram. Esta inferência leva-nos a refletir que não temos como saber até que ponto essas respostas obtidas foram influenciadas pelo resultado de comportamentos estigmatizados.

Assim, este trabalho de investigação permitiu-nos conhecer a situação real das infeções VIH, Hepatite e Tuberculose em meios prisionais.

Apesar de ter sido um estudo limitado a uma amostra reduzida, os dados recolhidos e respetiva análise dos mesmos, permitiu-nos interiorizar a calamidade que se vive no contexto prisional no que respeita a propagação de infeções, nomeadamente as provocadas pelo VIH, VHB e VHC.

A realização deste estudo permitiu compreender a importância da prestação de cuidados no interior dos estabelecimentos prisionais. Estes são locais propícios à propagação de patologias, uma vez que os seus residentes são indivíduos que, também devido aos seus reduzidos conhecimentos na área da saúde, adotam comportamentos de risco que prejudicam gravemente o seu bem-estar físico e psicológico.

Na questão sobre se consideram se seu acompanhamento clínico e,

por inerência o direito à saúde tem sido respeitado durante as detenções, a maioria dos reclusos não infetados considera-o respeitado. Contudo, como referido antes, a fiabilidade dos dados pode ser reduzida, se tivermos em consideração que o medo a represálias pode levar o recluso a dissimular aquilo que sente.

Podemos, ainda, inferir que estes inquiridos, antes da reclusão, podem ter tido um deficiente contacto com os cuidados de saúde e ser esta a razão das suas afirmações ou, alguns dos que nos responderam, poderiam estar a ocultar ou a fugir à verdade.

Os reclusos infetados, na sua maioria, responderam-nos que não tem sido respeitado o seu direito à saúde e isto não é tolerável à luz da nossa Constituição, da moral e da ética, pois uma prisão não é para que nos esqueçamos daqueles que lá confinamos para que cumpram as suas penas. Temos o dever de nos preocuparmos com o cuidado de saúde nas prisões.

Outro objetivo proposto era o de relacionar as infeções determinadas com os comportamentos de risco que implicam o contágio.

Nos meios prisionais é frequente a ocorrência de infeções, sendo uma causa comum de mortalidade prematura de muitos reclusos, tal como pudemos constatar nos diversos estudos consultados, em que se aludia a estilos de vida pouco saudáveis.

De acordo com o tema desta investigação, articulando todos os estudos que consultamos em meios prisionais com as respostas voluntárias dos reclusos aos inquéritos que lhes solicitamos, somos tentados a relacionar o tempo de reclusão com o possível aumento da disseminação da infeção. Em presença dos resultados do nosso inquérito não haverá como negar os comportamentos de risco que os reclusos afirmam levar a cabo durante os seus períodos de detenção.

Alguns reclusos referiram que a toxicodependência os conduziu à infeção e, além disso, observamos que estes tinham tatuagens e usavam *piercings*. É obrigação governamental evitar que as agulhas infetadas, bem como o material de tatuar e colocar *piercing* circule livremente nas prisões. A ideia de que tudo isto tem custos difíceis de comportar é fácil de rebater se pensarmos que é sempre menos dispendiosa a prevenção do que a cura.

No entanto, como já afirmado anteriormente, alguns presos podem estar a mentir devido à rejeição que sentem pela prisão que lhes impede a liberdade, mas mesmo nestes casos nenhum estabelecimento prisional deve ser fonte de contágio e, assim, nós temos essencialmente de evitar a partilha de material infetado acautelando um perigoso comportamento de risco referido, como tal, pela World Health Organization (WHO) e pela European Monitoring Center for Drugs Addiction (EMCDA), assim como, outros organismos internacionais.

A maioria dos reclusos infetados do nosso estudo sente que o seu direito à saúde não é respeitado. Contudo, este poderá ser um sentimento alargado à atual conjuntura económica que vivemos, uma vez que o acesso aos cuidados de saúde é limitado, não só para o recluso, mas para a população em geral. A saúde é um bem precioso, mas não é um dado adquirido. É uma construção multifacetada, temos de lutar por ela, e preservá-la. Esta é uma luta que se faz usando a arma do conhecimento. O recluso terá de saber que, se não aniquila a sua infeção, será ela que o aniquilará. Só há estes dois caminhos e a opção é dele e da sociedade que o prepara, ou deixa imprevisto, e não há casos híbridos.

Segundo Stoeber (2002) a sociedade pode, inconscientemente, ser um obstáculo à mudança e, assim, reforçamos um possível fator de risco para a infeção, porque em alguns círculos se sente que os presos merecem castigo e que pagar pela troca de seringas seria uma sobrecarga para a sociedade reclusa, uma vez que os presos não são um grupo que atraia simpatia social.

Anteriormente já apontamos como um dos maiores fatores de risco para a difusão de infeções entre detidos, o comportamento individual do preso e inerentemente as características da sua personalidade, que o acompanham desde o tempo anterior à sua reclusão. Foi conclusivo, na nossa pesquisa, que vários comportamentos de risco dos reclusos aumentam significativamente o risco de infeção nas prisões. Ou seja, diversos comportamentos de risco dos reclusos aumentam significativamente o risco de infeção dentro dos estabelecimentos prisionais.

Embora nós compreendamos que a prisão seja um local onde tanto

os presos como o pessoal dos serviços prisionais vivam sujeitos à infeção, nós sentimos que é alarmante e inadmissível que possam estar numa situação de perigo de vida os presos que estão sobre a proteção do Estado. Os reclusos que aceitaram responder ao nosso inquérito podem não ter usado de respostas verdadeiras pelo ódio que têm à prisão que os priva da sua liberdade, mas mesmo assim, nenhuma prisão estatal tem o direito de ser origem da infeção, como pudemos verificar em vários estudos comprovando a existência de reclusos que se infetaram na prisão.

No que respeita ao objetivo em que nos predispusemos a contribuir para a atenuação dos comportamentos de risco em meios prisionais, podemos afirmar que consideramos inadmissível a partilha de seringas como meio de transmissão da infeção em reclusos.

A OMS recomenda que os cuidados de saúde sejam para os presos como para a população geral. Por outras palavras, se a população geral tem acesso pleno a seringas esterilizadas, a população prisional deverá ter o mesmo direito. Se não o tem, encontramos uma contradição com a lei corrente, uma vez que o preso é cidadão do país, tal como qualquer outro em situação de liberdade.

Para atenuar esta situação, seria conveniente serem proporcionadas condições para um fornecimento de material esterilizado de uma maneira relativamente sigilosa para que o recluso não se sinta constrangido ou com medo de ser identificado no momento da troca. Se estas medidas forem tomadas, acreditamos que muitos mais reclusos irão aderir à troca de material usado por material esterilizado, uma vez que não sentem o perigo de serem identificados, de poderem ser discriminados ou até de sofrerem certo tipo de retaliações.

Nem os *piercings* nem as tatuagens são invenções contemporâneas, mas o facto de serem velhas práticas não foi suficiente para evitar infeções. Sendo algo fora do nosso controlo, devemos proporcionar que estas ações aconteçam em condições de segurança. Para tal, a informação constante é fundamental, seja no interior das prisões, seja na sociedade em geral, para que todos se consciencializem do quão perigosa pode ser, esta prática para contrair infeções e, até, levar à morte.

Sabemos, apesar de tudo, o quão difícil é aderir a práticas saudáveis, essencialmente na prisão, onde tatuar é uma atividade ilegal. Estas proibições, no entanto, nada mais são que uma prevenção para proteger a saúde prisional e mesmo a saúde pública. Mas será que tanta proibição é benéfica? Será que o nosso governo não deveria fornecer mais meios para práticas seguras em detrimento da proibição que, muitas vezes, leva ao desejo do ‘fruto proibido’?

De acordo com o nosso ponto de vista, em Portugal, se fossem tomadas medidas mais rigorosas, concedendo, aos reclusos os seus direitos, acreditamos que parte das infeções seriam evitadas, principalmente aquelas em que a transmissão se deve à partilha de material infetado.

Num estudo levado a cabo pela Região de Saúde do Norte, em 2007, afirma-se que, em alguns estabelecimentos prisionais, não se realizavam rastreios a determinadas doenças, pelo que os valores para ela encontrado estavam, provavelmente, subvalorizados... alude-se, ainda, à não existência de orientação e uniformidade de critérios nos rastreios. Lendo estas conclusões, questionamos: que saúde prisional é a nossa? Como pode isto, impunemente, acontecer? Nunca é demais o que se faça para criar condições favoráveis de saúde a todos os indivíduos, incluindo os reclusos. Todas as intervenções para que tais condições se criem têm de ser oportunas e eficazes e elas passam pelas medidas tendentes a proporcionar o desenvolvimento intelectual em articulação com o desenvolvimento físico e moral.

O xadrez da saúde do indivíduo tem de incluir, hoje em dia, mais casos do que aqueles que incluía. O jogo complicou-se. Para penetrarmos por caminhos de escape, teremos de nos atualizar às causas das infeções, seja no mundo prisional, seja nas comunidades que o envolvem. Temos de perscrutar este mundo infecioso, saber como e porque se contraem tantas infeções para, assim, encontrarmos soluções de combate às mesmas.

Neste sentido, a arte de curar baseia-se na arte de comunicar. No doente cooperante, que entende e quer a cura enveredando, por isso, num caminho que pode ser moroso e penoso mas que é imprescindível. Informar e aconselhar os reclusos é de crucial importância e a informação deve ser

clara e apropriada aos seus níveis de instrução, constituindo um direito que a prisão não pode ignorar.

De certo modo todos somos responsáveis pela saúde dos outros a quem devemos respeitar a identidade pessoal e a dignidade, no caso específico dos estabelecimentos prisionais. A identidade e a dignidade do recluso não implicam nem familiaridade excessiva, nem condescendência excessiva entre o médico e o paciente, ou entre o pessoal dos serviços prisionais e o recluso. Mas não podemos continuar a aplicar mecanicamente o nosso saber e de maneira estandardizada. O médico não possui só um saber técnico. Somos seres humanos e a sua humanidade é um valor acrescido às suas competências técnicas, o que consideramos, primordial. Quando assim não acontece, estamos perante um outro fator de risco. É essa vertente humana que fará sentir ao recluso que deverá e poderá estar aberto aos outros, que as vicissitudes de uma existência que o levaram doente à reclusão vindo de uma existência degradante de desemprego, miséria e crime, ou que em detenção o deixaram adoecer, não podem impedi-lo de ser tratado dignamente e informado corretamente.

Um bom médico poderá fazer um bom doente. Um bom estabelecimento prisional poderá produzir um recluso que se quer redimir e tornar bom cidadão, assim como, uma boa disponibilidade de informação poderá conduzir a uma boa aceitação do tratamento e a uma melhor qualidade de vida, mesmo em detenção. Todo o médico precisa do conhecimento esclarecido do doente, se quiser agir sobre a sua doença, e este conhecimento esclarecido pressupõe a informação prévia do doente, como está demonstrado. O doente informado combate a doença, passa a fazer parte integrante da estratégia de tratamento, passa a ser um parceiro ativo, por se sentir o centro da atenção médica.

O sucesso dos tratamentos não assenta só no tratamento em si, assenta e muito, numa base de confiança que se tem de enraizar na informação contínua e cuidada dos doentes, reclusos ou não, sobre tudo o que lhes diz respeito. Se o doente desconfiar, também descrê. Muitas vezes esbarramos na opacidade da informação, o que não pode constituir a regra, já que a partilha do saber é um pressuposto do conhecimento e assim da

prevenção e / ou cura, que não existirá sem boa informação.

Como último objetivo do nosso estudo, pretendemos concluir a necessidade do aumento da prevenção das doenças infectocontagiosas em meios prisionais. Em nosso entender, quanto mais soubermos, melhor podemos apontar soluções. Por isso, a saúde pública não pode continuar a ignorar a saúde prisional.

O que nós podemos concluir, após a leitura de vários dos estudos que se debruçam sobre os comportamentos das infeções em populações reclusas, é que vários dos riscos de se contraírem essas infeções podem ser imputáveis ao Estado pelo seu tipo de instalações, pela excessiva população reclusa que alberga, pela insuficiência dos recursos humanos, ou pela sua impreparação que pode conduzir à não humanização, pela insuficiência dos cuidados de saúde que viabiliza, pelas possivelmente insuficientes, ou inadequadas, políticas de educação e de formação que implementa, pelo insuficiente acesso ao mercado de trabalho fora da prisão, que se deve tentar proporcionar aos reclusos.

Mas há, também, o reverso da medalha que teremos de incluir nesta conclusão: a parte imputável a todos nós, à nossa indiferença para com os nossos reclusos doentes ou sãos e ainda as culpas que cabem por sua vez ao recluso, que teima em se manter nas velhas atitudes que o lesam, lesando os que o cercam.

Não conseguimos aceitar, em qualquer país desenvolvido, em vias de desenvolvimento, ou até subdesenvolvido, que os governantes não afetem as verbas necessárias à prevenção para a saúde pública e prisional; que não consigam abarcar a verdadeira extensão das consequências de uma população reclusa doente e a importância da determinação do estado de saúde dos presos quando entram em reclusão.

É preciso investir mais na saúde, educação e serviços sociais, em detrimento aos investimentos em armamento. Ora, esta é uma opção política e não económica, mas que tem trágicas consequências socioeconómicas.

Mesmo se não nos interessarmos nada com os prisioneiros em si; mesmo que se pense que a saúde pública não se deve preocupar senão com a contenção epidémica e contagiosa; mesmo que acreditemos que a

função da saúde pública é devidamente assegurada pelos serviços públicos... os princípios de saúde pública exigem a reforma dos serviços de saúde prisionais para serem capazes de alterar a sua falha no controlo das ameaças das doenças transmissíveis.

O apelo que precisamos fazer para que se implementem os necessários cuidados de saúde prisional adequados às necessidades das comunidades a que se destinam, bem como os cuidados preventivos exigíveis, é hoje apoiado por uma comunidade exterior à prisão, comunidade essa que está mais informada dos riscos que uma má política de saúde prisional e de prevenção representam para a saúde pública. No caso do mundo em reclusão é preciso tornar as informações apetecíveis à lógica do encarcerado que, tantas vezes, não gostando de si nem da sua vida, precisará entender que menos gostará dele, se além de recluso for, também, doente.

O recluso tem, como já dissemos e nunca é demais frisar, direitos que não lhe são cortados pela sua confinamento à área prisional por via da sua pena. Quem disto se esquecer atenta contra a dignidade humana, contra a do recluso e a sua. É indigno não se informar devidamente e exigir-se uma participação necessária àqueles que, por que não informados, continuam a navegar na mais profunda das ignorâncias afogando-se, por isso, nos comportamentos de risco.

Cremos que dificilmente haverá perdas maiores que as da saúde e liberdade. Pensados nesta lógica, os reclusos infetados que já perderam a liberdade quando entraram em reclusão e perderam a saúde quando neles entrou a infeção, terão uma terceira perda irrevogável se essa infeção não for travada e banida pelo tratamento adequado e atempado.

A perda da liberdade, como consequência de um crime cometido contra a sociedade é, geralmente, uma perda limitada no tempo, sendo que, a maioria dos reclusos, em grande parte dos países desenvolvidos, dificilmente cumprem penas perpétuas. Perder a saúde como consequência dos seus comportamentos de risco pode constituir, também, uma perda com prazo à vista, se os cuidados médicos prisionais não forem capazes de trazer de volta a saúde do recluso. Perder a vida é irreversível e pode ser

tanto a demonstração de que a infeção não tinha cura, como a demonstração que o tratamento não foi suficiente, atempado, ou pior ainda, procurado e desejado. Se não foi suficiente, deve alertar-nos para as respostas que a saúde prisional está a dar. Se não foi adequado, pode significar um mau diagnóstico decorrente do rastreio, que deveria ter sido minucioso, à entrada ou ser indício de falta de técnicos de saúde, meios de diagnóstico e tratamento... A saúde dos reclusos terá de merecer mais e melhor atenção da parte do Estado, das famílias de uns e de outros e da população não encarcerada, porque todos eles são, afinal, o Estado.

Se à Administração Prisional se fornecerem os meios adequados para que integre e apoie os reclusos, estaremos a investir na sua futura e imprescindível ressocialização, que é um dos mais importantes objetivos do encarceramento. Em nosso entender, combatendo a reincidência estaremos a combater simultaneamente a infeção, que por via da permanência dos comportamentos de risco nas prisões, também lá permanecem.

A sobrelotação prisional, verificada aquando do nosso estudo, poderá não ser muito relevante, mas não podemos deixar de lhe dar relevo, num trabalho em que as infeções em meio prisional são o cerne da questão.

De acordo com o reportado pelo UN Office on Drugs and Crime, reduzir o tamanho das prisões e as sobrelotações prisionais, deve ser visto como uma componente integral de uma estratégia compreensiva para a prevenção do contágio do VIH nas prisões (WHO, 2006), uma vez que a contagiosidade poderá derivar de lugares que favorecem a disseminação das infeções devido às condições logísticas e as políticas de saúde que aí se implementam. O contágio tem de ser removido do sistema, seja ele imputável a quem for.

Urge passar das intenções para as ações e deixar a postura flácida com que temos vindo a encarar as doenças nas nossas prisões, analisando tudo com frontalidade, não mascarando resultados com cores ligeiras, sabotadoras da realidade existente. O Estado será, mais uma vez, um possível e não aceitável fator de risco das infeções, se continuar a ser bem visível a inadequação da legislação prisional existente à mudança dos tempos. Um Estado que gera leis para gestão das prisões com base em

insuficientes ou não adequados programas preventivos gerará, por via do seu ardor proibitivo, muita infeção que se poderia evitar.

Por outro lado, se substituirmos as leis e as instituições sem mudarmos a mentalidade das pessoas, arriscamo-nos a estar perante uma mera operação de cosmética. A visão da sociedade precisa sofrer uma grande alteração que terá de partir da aceitação do preso como indivíduo de pleno direito. Desta forma, sem insistirmos na discriminação, poderemos preparar o caminho para a aceitação e a busca de prevenção e dos cuidados médicos necessários para a recuperação.

É nosso dever, nesta conclusão, admitir a existência da mudança positiva, que já se sente nos espaços prisionais portugueses, resultante da sua humanização crescente, mas ainda insuficiente, da melhoria dos rastreios levados a cabo quando se entra em reclusão, numa tentativa de tornarmos as nossas prisões livres da droga.

Como referido na revisão bibliográfica, o atual conceito de 'prisão' enfatiza a vertente de reeducação e de reinserção do cidadão, vislumbrando-se reabilitação e humanidade, acima de tudo. Antigamente a prisão era doentia, hoje é mais solidária com a cura e cabe-lhe criar condições de vida humanas enquanto se bate pela qualidade de vida dos seus reclusos.

É numa nova relação prisão-recluso que devemos avançar em todos os estabelecimentos prisionais. A prisão, isolamento e solidão, era a prisão da incompreensão, a prisão obstáculo da cura. Os estabelecimentos prisionais no mundo desenvolvido do século XXI já não enfermam destas características, mas será que as extirparam de vez e devidamente dos seus percursos travados pela exiguidade de verbas, pela inadequação das instalações, pela falta de pessoal dos serviços prisionais, médico e o restante pessoal da saúde?

Ao recluso é legítimo experienciar emoções semelhantes às do não recluso. O preso, independentemente da sua condição social, da cor da sua pele, da sua cultura, é um de nós. Não podemos repelir o preso, o crime é que é de repelir. O crime é que tem inegável impacto social.

A sociedade ressenha-se das atitudes daqueles que a lesam, mas

lesando os criminosos, age por ricochete e transforma-se, também uma sociedade criminosa, que se criminaliza pelos seus procedimentos indignos contra os reclusos que a sua justiça já sentenciou.

Limitações, importância desta investigação e sugestões

Embora considerando que esta investigação contribui para compreendermos uma reduzida parte do universo da reclusão feminina e masculina em Portugal, estamos conscientes que os resultados do nosso estudo não podem ser generalizados ou extrapolados para a população reclusa nacional devido à reduzida dimensão da amostra e ao confinamento ao norte de Portugal. Assim, reconhecemos que este trabalho tem limitações, a saber:

- o número limitado de participantes/inquiridos, que não permite a generalização dos resultados; a reduzida literatura nacional atualizada sobre o assunto, o que dificulta a comparação de resultados;
- a possível omissão de respostas verídicas por parte dos inquiridos, com receio de represálias e/ou não aceitabilidade social, uma vez que apesar de terem sido informados sobre a confidencialidade e anonimato da sua participação, observamos alguns constrangimentos em alguns reclusos;
- o espaço de tempo entre os três momentos de recolha dos dados, uma vez que, neste entretanto, houve entrada e saída de novos reclusos (a nosso ver, seria interessante ter recolhido dados dos mesmos intervenientes iniciais, por forma a fazermos uma análise evolutiva do assunto);
- o nível de escolaridade de muitos reclusos, uma vez que o baixo nível de alfabetização contribuiu para uma certa dificuldade na compreensão das questões, logo, no preenchimento dos questionários, o que nos levou à reflexão de que, em investigações futuras, devemos criar questionários curtos, com questões mais objetivas e com uma linguagem mais acessível.

Estando conscientes da importância de estudos neste âmbito por forma a percebermos se a prisão constitui um fator de risco, ao nível da propagação de doenças infetocontagiosas - VIH, Hepatite e Tuberculose – tendo em conta o comportamento dos indivíduos que se encontram reclusos,

importa registar algumas considerações para futuros estudos de investigação em saúde.

Neste sentido, sugerimos que se realizem investigações que permitam perceber, com mais profundidade e com uma amostra mais alargada, o que leva a que os reclusos continuem a submeter-se a comportamentos de risco, seja em contexto prisional, seja em liberdade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abiona, T.C., Balogun, J. A., Adefuye, A.S. & Solan, P.E. (2010). Body art practices among inmates: Implications for transmission of bloodborne infections. *Am J Infect Control*, 38,121- 9.
- Aceijas, C., Stimson, G.V., Hickman, M. & Rhodes, T. (2004). United Nations Reference Group on HIV/AIDS Prevention and Care among IDU in Developing and Transitional Countries. *Global overview of injecting drug use and HIV infection among injecting drug users. AIDS*. 19; 18:2295-303. United Nations. Declaration of Commitment on HIV/AIDS.
- Adams, J., Moody, J. & Morris, M. (2013). Sex, Drugs, and Race: How Behaviors Differentially Contribute to the Sexually Transmitted Infection Risk, *American Journal of Public Health*, Vol 103, Nº. 2.
- Alavi, S.M., Bakhtiarinia, P., Eghtesad, M., Albaji, A. & Salmanzadeh, S. (2014). A Comparative Study on the Prevalence and Risk Factors of Tuberculosis Among the Prisoners in Khuzestan, South-West Iran. *Jundishapur J Microbiol*, 7 (12),18872.
- Almeda, E. (2002). *Corregir y Castigar el Ayer y Hoy de las Cárceles de las Mujeres*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- Amaral, D.F., Pereira, L.M. & Albino, M.C. (2004). *Relatório Final da Comissão de Estudo e Debate da Reforma do Sistema Prisional*. Lisboa: Ministério da Justiça.
- Amankwaa, A.A., Bavon, A.L. & Amankwaa, L.C. (2001). Gaps between HIV/AIDS policies and treatment in correctional facilities. *J Health Hum Serv Adm*, 24:171-98.
- Antunes, E.N. (2005). *Prisões, Espaços Habitados*. Secretaria-Geral do Ministério da Justiça.
- Araújo, M.A., Farias, F.L.R. & Rodrigues, A.V.B. (2006). Aconselhamento pós-teste anti-hiv: análise à luz de uma teoria humanística de enfermagem. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v. 10, n. 3, p.425-31.
- Arriola, K.R., Braithwaite, R.L., Kennedy, S., Hammett, T., Tinsley, M., Wood, P. & Arboleda, C. A. (2001). Collaborative effort to enhance HIV/STI screening in five county jails. *Public Health Rep*, 116:520-9.
- ARNS - Administração Regional da Saúde do Norte (2014). *Plano Regional de Saúde do Norte, 2014-2016*. Porto: Administração Regional da Saúde do Norte.

- Awofeso, N., & Naoum, R. (2002). Sex in prisons-a management guide. *Australian Health Review: A Publication of the Australian Hospital Association*, 25(4), 149–58. [Consult. A 27 jun de 2017]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12404978>.
- Baillargeon, J. A., Black, S.A., Leach, C.T., Jenson, H., Pulvino, J., Bradshaw, P. & Murray, O. (2004). The infectious disease profile of Texas prison inmates, *Science Direct, Preventive Medicine*, 38: 607-612.
- Barbosa, L.A., Sampaio, A.L.A., Melo, A.L.A., Macedo, A.P.N. & Machado, M.F.A. (2009). A Educação em Saúde como Instrumento na Prevenção de Parasitoses. *Revista Brasileira de Promoção da Saúde*, 22 (4): 272-278.
- Baybutt, M., Acin, E., Hayton, P., & Dooris, M. (2014). *Promoting health in prisons: a settings approach*. Acedido em agosto 14, 2017, em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/249210/Prisons-and-Health,-21-Promoting-health-in-prisons-a-settings-approach.pdf.
- Belaunzara'n-Zamudio PF, MosquedaGomez JL, Macias-Hernandez A, Sierra-Madero JG, Ahmed S, Beyrer C (2017) Risk factors for prevalent hepatitis C virus-infection among inmates in a state prison system in Mexico. *PLoS ONE* 12 (6): e0179931.
- Betteridge, G. (2006). Public health agency says prison needle exchanges reduce risk, do not threaten safety or security. *HIV AIDS Policy Law Rev.* 12(1):20-2.
- Bick, J. A. (2007). Infection Control in Jails and Prisons. *Clinical Infectious Diseases*, 45(8), 1047–1055. <http://doi.org/10.1086/521910>.
- Bricher, J. (2005). Towards a Dynamic Definition of Health and Disease. *Med Health Care Philos*, 8: 335. <https://doi.org/10.1007/s11019-005-0538-y>.
- Bolander, V. B. (1998). *Enfermagem fundamental: abordagem psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta.
- Bollini, P., Laporte, J., & Harding, T. W. (2002a). HIV prevention in prisons: Do international guidelines matter? *The European Journal of Public Health*, 12(2), 83–89. <http://doi.org/10.1093/eurpub/12.2.83>
- Boys, A., Farrell, M., Bebbington, P., Brugha, T., Coid, J., Jenkins, R. & Taylor, C. (2002). Drug use and initiation in prison: Results from a national prison survey in England and Wales. *Addiction*, 97(12):1551–1560.
- Braithwaite, R.L. & Arriola, K.R. (2003). Male prisoners and HIV prevention: a

- call for action ignored. *Am J Public Health*, 93: 759-63.
- Brenda, J.B., Gatherer, A. & Møller, L. F. (2009) Women's health in prison: urgent need for improvement in gender equity and social justice. *Bull World Health Organ*, 87 (6), 406.
- Brito, C.M.J.B. (2010). Abandono Aprendido, Depressão e Estratégias de Coping numa amostra de reclusos. Dissertação de mestrado apresentada à Universidade da Beira Interior, na área de Psicologia Clínica e da Saúde. Covilhã.
- Bruce, D. R., Schleifer, R. A. (2008). Ethical and human rights imperatives to ensure medication- assisted treatment for opioid dependence in prisons and pré-trial detention. Science Direct, *International Journal of Drug Policy*, 19, 17-23.
- Buavirat, A., Page-Shafer, K., Griensven, GJP, Mandel, J.S., Evans, J. Chuaratanaphong, J., Chiamwongpat, S., Sacks, R. & Moss, A. (2003). Risk of prevalent HIV infection associated with incarceration among injecting drug users in Bangkok, Thailand: case-control study, *BMJ*, 326, 8
- Canteiro, C. (2006). *Vivências da reclusão e da pós reclusão: histórias vividas e memórias contadas*. Porto: Universidade do Porto.
- Cardoso, A. (Coord.), Maciel, D., Sousa, I. & Cruz, R. (2008). *Drogas e Prisões em Portugal II 2001 – 2007*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.
- Carlen, P. (2012). Women's imprisonment: an introduction to the Bangkok rules, *Revista Crítica Penal y Poder*, 3, 148-157.
- Carson, E. A. (2015). *Prisoners in 2014*. Washington, DC: Bureau of Justice Statistics.
- Carvell, A.L. & Hart, G.J. (1990). Risk behaviours for HIV infection among drug users in prison, *BMJ*, 300 (6736), 1383–1384.
- Castro, R., Amarante, R.D.M., Damasceno, M.C.T., Lage, A.V., Samençatti, G.L. & Souza, C.K. (2008). Comorbidades e sinais de alerta da pneumonia adquirida na comunidade: análise de pacientes com mais de 50 anos. *Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde*, v.33, n. 2, p. 70-3.
- Castro, R.S., Valente, C., Ramos, J.P., Almeida, J.R., Marinh,o R.T, Branco T., Andrade, S. & Ana Macedo, A. (2011). Hepatite C em toxicodependentes: acompanhamento e acesso à terapêutica, *Acta Medica Portuguesa*, 24 (S2): 483-492
- Centers for Disease Control and Prevention & Recommendations of the

- Immunization Practices Advisory Committees. (1987). *Update on hepatitis B prevention*. Morb Mortal Wkly Rep. 36:353-360
- Chen, J.L., Callahan, D.B. & Kerndt, P.R. (2002). Syphilis control among incarcerated men who have sex with men: public health response to a outbreak. *Am J Public Health*, 92, 1473-4.
- Coelho, F. et al. (2011). *Velhos problemas, novos desafios*. Tecnohospital. Porto. ISSN 1645-9431. N.º 43, p.30-32.
- Coelho, R. (2016). *Há cadeias no país com o dobro da população prisional que deviam ter*. Artigo no DN. [Consult. A 8 agost. 2017]. Disponível em <https://www.dn.pt/portugal/interior/ha-cadeias-no-pais-com-o-dobro-da-populacao-prisional-que-deviam-ter-5507376.html>
- Combessie, P. (2004). *Sociologie de prison*. Paris: Editions la Découverte.
- Confort, M.L. & Grinstead, O. (2004). The carceral limb of the public body: jail inmates, prisoners, and infectious disease. *J Int Assoc Physicians AIDS Care (Chic Ill)*, 3, 45-48.
- Cope, N. (2003). Drug use in prison: The experience of young offenders. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 7(4), 355–366.
- Costa A. C. (2011). Controlo de infecção. Tecno hospital. Porto. ISSN 1645-9431. N.º 43, p. 13-16.
- Costa C., Silva M.G., Noriega E. & Gaspar M.J. (2009). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde - Critérios para Definição de Infecções nos Cuidados de Saúde de Agudos*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Costa E. C. V., Paiva C. A., Ferreira D. Santos S. (2015). Psychosocial and psychopathological predictors of HIV-risk injecting behavior among drug users in Portugal. *Análise Psicológica* vol.33 no.4. [Consult. A 16 mar 2017] Disponível em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?scrip=sci_arttex&pid=S0870-82312015000400004.
- Crofts: N. (1997). A cruel and unusual punishment. Australian prisons are still health risks. *E Medical Journal of Australia*, 1997.
- Crutchfield, R.D., Gregory, A. & Weeks, G. A. (2015). The Effects of Mass Incarceration on Communities of Color. In *Science and Technology*, 32, no. 1.
- David, N., & Tang, A. (2003). Sexually transmitted infections in a young offenders institution in the UK. *International Journal of STD & AIDS*, 14(8), 511–513. <http://doi.org/10.1258/095646203767869084>

- Decker, M.D., Vaughn, W.K., Brodie J.S., Hutcheson R.H. & Schaffner W. (1984). Sero-epidemiology of Hepatitis B in Tennessee prisoners. *Journal of Infectious Diseases*, 150:450-9.
- DGS - Direção Geral de Saúde (1995). *Programa Nacional de luta contra a Tuberculose*. Lisboa: Ministério da Saúde e Comissão Nacional de Luta Contra a Tuberculose.
- DGS – Direção Geral de Saúde - Pina E., Silva M. G., Geada, A. (2004). *Recomendações para a prevenção da Infecção respiratória em doente ventilado*. Lisboa: DGS, 2004. [Consult. 19 Out. 2011]. Disponível em [www. http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&acess=0](http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&acess=0)
- DGS – Direcção Geral de Saúde (2007). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos *Cuidados de Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde. [Consult. 19 Out. 2015]. Disponível em [www. http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&acess=0](http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&acess=0)
- DGS - Direção Geral de Saúde - Pina E., Silva M.G., Ferreira, E. (2010). *Relatório Inquérito de Prevalência de infecção 2010*. Lisboa: DGS. [Consult. 19 out. 2015]. Disponível em [www. http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&acess=0](http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&acess=0)
- DGSP - Direcção Geral de Reinserção Serviços Prisionais (2012). *Reclusos existentes em 31 de Dezembro de 2012, segundo a instrução, sexo e nacionalidade*. [Consult. 21 abril. 2016]. Disponível em http://www.dgsp.mj.pt/backoffice/uploads/anuais/20130313020334RecExist_InstSexNac.pdf.
- DGSP - Direcção Geral de Reinserção Serviços Prisionais (2013). *Reclusos condenados existentes em 31 de dezembro de 2013, segundo as penas e medidas aplicadas, por sexo e nacionalidade*. [Consult. 21 abril. 2016]. Disponível em www.dgsp.mj.pt/backoffice/uploads/anuais/20140529040516RecCondPenMedSexNac.pdf.
- Diniz, A. (2012). Prefácio. In. Zelinda Cardoso & Vera Beleza (Coord.). *Referenciais de Competências e de Formação contínua para o domínio da infeção VIH/sida*. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde, Instituto Público (ACSS, I.P.).
- Dolan, K., Kite, B., Black, E., Aceijas, C., Stimson, G. V, & Reference Group on HIV/AIDS Prevention and Care among Injecting Drug Users in Developing and Transitional Countries. (2007). HIV in prison in low-income and middle-income countries. *The Lancet Infectious Diseases*, 7(1), 32–41. [http://doi.org/10.1016/S1473-3099\(06\)70685-5](http://doi.org/10.1016/S1473-3099(06)70685-5)
- Dolan, K., Rutter, S., & Wodak, A. D. (2003). Prison-based syringe exchange

- programmes: a review of international research and development. *Addiction* (Abingdon, England), 98(2), 153–8. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12534419>
- Dores, A.P (2002) Prisões de Portugal, in *Actas do IV Congresso Português de Sociologia - Passados Recentes Futuros Próximos*. Coimbra: APS edição.
- Ducel, G., Fabry, J. & Nicolle, L. (2002). Prevenção de Infecções Adquiridas no Hospital - um guia prático. Lisboa: INSRJ 93p. [Consult. 12 set. 2016]. Disponível em: [www.http://www.cepis.ops-oms.org/bvsacd/cd49/man_oms.pdf](http://www.cepis.ops-oms.org/bvsacd/cd49/man_oms.pdf).
- El-serag, H.B. (2004). Hepatocellular carcinoma: recente trends in the United States. *Gastroenterology*. 127: 27-34.
- EMCDDA - European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2017). Relatório Europeu sobre Drogas 2017: Destaques. http://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/4480/Highlights_EDR2017_PT_Final_web.pdf_enLisboa: Portugal.
- EMCDDA - European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2012). *Prisons and Drugs in Europe: the problem and responses*. Lisboa: Portugal.
- EMCDDA - European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Statistical bulletin 2008: Table HSR-4. Year of introduction of needle and syringes programmes and types of programmes available in 2006. Disponível em EMCDDA: [www.emcdda](http://www.emcdda.europa.eu).
- Epstein R.A. (2004). *The Legal Framework for the Regulation of Public Health*, 142, 1423-26.
- Fernandes A.T., Fernandes M.O.V. & Filho N.R. (2000). *Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde*. São Paulo: Atheneu, 1721.
- Ferreira, M. (1996). A infecção pelo VIH nas prisões. *Prisões em Revista*. 0,14-25.
- Fortin, M.F. (2009). *O processo de investigação: da concepção à realização* (5.ª ed.) Loures: Lusociência.
- Foucault, M. (2005). *Vigiar e punir: Nascimento da prisão*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Frank, L. (1999). Prisons and Public Health: Emerging Issues in HIV Treatment Adherence. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 10(6), 24–32.
- García-Guerrero J. & Marco A. (2012). Overcrowding in prisons and its

- impact on health. *Rev Esp Sanid Penit*, 14, 106-113.
- Gatherer, A., Moller, L., & Hayton, P. (2005). The World Health Organization European Health in Prisons Project After 10 Years: Persistent Barriers and Achievements. *American Journal of Public Health*, 95(10), 1696–1700. <http://doi.org/10.2105/AJPH.2003.057323>
- Gaughwin, M. & Douglas R., et al. (1989). Risk of transmission of HIV in the prison setting. *Medical Journal of Australia*, 50:722.
- Gil A.C. (2008). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social* (6ª ed.). São Paulo. Editora Atlas
- Goffman, G. (2005). *Manicómos, prisões e conventos*. São Paulo: Perspetiva.
- Gomes, C. (2012). *Reinserção Social dos Reclusos – Um contributo para o debate sobre a reforma do sistema prisional*. Coimbra: Observatório Permanente da Justiça Portuguesa. Centro de Estudos Sociais. Faculdade de Economia. Universidade de Coimbra
- Gonçalves, I. (1989). *O património do Mosteiro de Alcobaça nos séculos XIV e XV*. Lisboa. Universidade Nova de Lisboa.
- Gonçalves, R. (2008). *Delinquência, Crime e Adaptação à Prisão*. (3ª ed.). Coimbra: Quarteto Editora.
- García-Guerrero, J. & Marco, A. (2012). Overcrowding in prisons and its impact on health. *Rev Esp Sanid Penit*, 14, 106-113.
- Gonçalves, R. A. (1999). *Psicopatía e Processos Adaptativos à Prisão*. Braga: Universidade do Minho.
- Gonçalves, R. A., & Vieira, S. (2005). A avaliação do estilo de vida criminal em ofensores sexuais. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 10 (1), 81-92.
- Gostin, L.O., Vanchieri, C., & Pope, A. (2007). *Ethical Considerations for Research Involving Prisoners*. USA: National Academies Press.
- Griffin, M.M., Ryan, J.G., Briscoe, V.S., Shadle, K.M. (1996). Effects of incarceration on HIV-infected individuals. *J Natl Med Assoc*, 88 (10), 639-44.
- Grupo Castellano-Leones (2001). Para el Estudio de Infección VIH en Prisiones: Study of cases of HIV infection in Castile-Leon prisons. *Rev Clin Esp*, 201(5): 249-55
- Guetzkow, J. & Schoon, E. (2015). *If You Build It, They Will Fill It: The Consequences of Prison Overcrowding Litigation*, vol. 49 (2), 401–432.

- Hammett, T. M. (2006). HIV/AIDS and Other Infectious Diseases Among Correctional Inmates: Transmission, Burden, and Appropriate Response. *American Journal of Public Health*, vol 96: nº6.
- Hammett, T.M., Harmon, P. & Maruschak, L. (1999). *HIV/AIDS, STDs and TB in correctional facilities*. Cambridge: Abt Associates.
- Hammett, T.M., Harmon, P. & Rhodes, W. (2002) The burden of infectious disease among inmates and releasees from correctional facilities. *The health status of soon-to-be-released inmates: a report to congresso*. Vol.2. Chicago: National Correctional Healthcare Association, 13-38.
- Heimer, R., Kaplan, E.H., Khoshnood, K., Jariwala, B. & Cadman, E.C. (1993). Needle exchange decreases the prevalence of HIV-1 proviral DNA in returned syringes in New Haven, Connecticut. *AmJ Med*. 1993; 95:214-220
- Heinemann, A., & Gross, U. (2001). Prevention of Bloodborne Virus Infections among Drug Users in an Open Prison by Syringe Vending Machines. *SUCHT*, 47(1), 57–65. <http://doi.org/10.1024/suc.2001.47.1.57>.
- Hellard M.E., Aitken C. K. & Hocking J. S. (2007). Tattooing in prisons - Not such a pretty picture. *Am J Infect Control*, 35 (7):477-480
- Hughes, R. & Huby, M. (2000). Life in prison: Perspectives of drug injectors. *Deviant Behavior*, 21, 451–479.
- Institute of Medicine of the National Academy of Sciences. (2006). *Preventing HIV Infection among injecting drug users in high risk countries: assessment of evidence*. Washington, D.C: IOM.
- Jacobi, J.B. (2005). Prison Health, Public Health. Obligations and Opportunities, *American Journal Of Law & Medicine*, 31:447-478.
- Jewkes, Y. (2002). Captive Audience. Media, Masculinity and Power in Prisons. [Consult. 24 abr. 2017] Disponível em: <https://books.google.pt/books?hl=ptPT&lr=&id=5IG3AwAA>
- Júnior, A.D.R. (2006). Da Europa dos mercados à Europa das prisões quando terrorismo, xenofobia e paranóia tentam entrar no direito da União Europeia. *Revista Seqüência*, pp. 173-185.
- Jurgens R. (2004). Is the world finally waking up to HIV/AIDS in prison? A report from the XV International AIDS Conference. *Infect Dis Corrections Rep*, 7, 1-7.
- Jürgens, R., Ball, A., Verster, A., Maden, A., Kaldor, J., & Wodak, A. (2009). Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in

- prison. *The Lancet. Infectious Diseases*, 9(1), 57–66.
[http://doi.org/10.1016/S1473-3099\(08\)70305-0](http://doi.org/10.1016/S1473-3099(08)70305-0).
- Kamarulzaman, A., Reid, S.E., Schwitters, A., Wiessing, L., El-Bassel, N., Dolan, K., Moazen, B., Wirtz, A.L., Verster, A. & Altice F.L. (2016). Prevention of transmission of HIV, hepatitis B virus, hepatitis C virus, and tuberculosis in prisoners. *Jornal The Lancet*, 388, 1115-1126.
- Kantor, E. (2006). HIV Transmission and Prevention in Prisons. In *HIV InSite Knowledge*. Disponível em: <http://hivinsite.ucsf.edu/InSite?page=kb-07-04-13>.
- Karp, D.R. (2010). Unlocking Men, Unmasking Masculinities: Doing Men's Work in Prison. *The Journal of Men's Studies*, Vol 18, Issue 1.
- Kury, M. & Smartt, U. (2002) Prisoner-on-prisoner violence: Victimization of young offenders in prison. Some German findings. *Criminal Justice* 2(4): 411–437. DOI: 10.1177/17488958020020040301.
- Lakatos, E.M. & Marconi, M.A. (2005). Fundamentos de metodologia científica, (6ª. ed.) São Paulo: Atlas.
- Levy, M: (1999). Australian prisons are still health risks. *E Medical Journal of Australia*.
- Long, G. & Rickman, L. (1994). Infectious complications of tattoos. *Clin Infect Dis*, 18, 610-9
- Lopes, F., Latorre, M.R.D.O. & Pignatari, A.C.C. (2001). HIV, HPV and syphilis prevalence in a women's penitentiary in the city of São Paulo, 1997-1998. *Cad Saúde Pública*, 17 (6) 1473-80.
- Macalino, G.E., Vlahov, D., Sanford-Colby, S., et al. (2004). Prevalence and incidence of HIV, hepatitis B virus, and hepatitis C virus infections among males in Rhode Island prisons. *Am J Public Health*. 94:1218-23.
- Macedo, P.J.R.M. (2012). Prefácio. In DGS (ed). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Machado, M.C.S. (2015). *PNS 2004-2010: Monitorização*. Plano Nacional de Saúde/Direção-Geral da Saúde [Consult. 20 ago. 2017]. Disponível em <http://pns.dgs.pt/pns-2004-2010-monitorizacao-e-avaliacao/>
- MacNeil, J. R., Lobato, M. N., & Moore, M. (2005). An unanswered health disparity: tuberculosis among correctional inmates, 1993 through 2003. *American Journal of Public Health*, 95 (10), 1800–5. <http://doi.org/10.2105/AJPH.2004.055442>.
- Martins, H. & Oliveira, V. (2013). Crime, criminosos e prisão: um estudo sobre a reincidência penitenciária em Montes Claros- MG. *Revista*

Brasileira de Segurança Pública, vol. 7 (2), 32-48.

Mcintyre, A. F., Studzinski, A., Beidinger, H. A., & Rabins, C. (2009). STD, HIV/AIDS, and Hepatitis Services in Illinois County Jails. Sexually Transmitted Diseases, 36(Supplement), S37–S40. <http://doi.org/10.1097/OLQ.0b013e31815e4167>

Ministério da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004/2010: Mais saúde para todos*. Lisboa: Ministério da Saúde.

MNP - Mecanismo Nacional de Prevenção. (2017). *Relatório à Assembleia da República 2016*. Lisboa. Provedor da Justiça.

Miranda, A.E., Vargas, P.M., Louis, M.E. & Viana, M.C. (2000). Sexually transmitted diseases among female prisoners in Brasil: prevalence and risk factors. *Sex Transm Dis*; 27(9):491-5.

Moore, K.L., Dally, A.F & Agur, A.M.R. (2014). *Clinically Orientated Anatomy* (7ª ed). London: Lippincott Williams Et Wilkin.

Morais, C. (2015). *Investigação: Do problema aos resultados*. Braga: Universidade do Minho

Moreira, N. C. (2008). *Sofrimento, desespero e comportamentos suicidários na prisão*. Coimbra: Quarteto.

Morris, N. & Rothman, D. (1995). The Oxford History of the Prison: The Practice of Punishment in Western Society, *Oxford University Press* 245, 245-250.

Nacci, P., and Kane, T. (1983). The incidence of sex and sexual aggression in federal prisons. *Federal Probation* 47:31-6.

Nelles, J., Fuhrer, A., Hirsbrunner, H., & Harding, T. (1998). Provision of syringes: the cutting edge of harm reduction in prison? **BMJ** (Clinical Research Ed.), 317 (7153), 270 – 3. [Consult. A 02 fev. 2016]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9677225>.

Nellis, A. (2016). *The Color of Justice: Racial and Ethnic Disparity in State Prisons*. Washington, DC: The Sentencing Project.

Neto M.; Freitas M.; Gonzaga M. (2007). *O VIH/SIDA em meio Prisional Região Norte*. Departamento de Saúde Pública, Administração Regional de Saúde do Norte, I.P., Porto.

Nikolayev, Y. (2014). *HIV on plank prison beds*. [Consult. A 05 nov. 2015]. Disponível em <http://www.ahrn.net/index.php?option=content&task=view&id=1308&Itemid=2>

Niveau G. (2006). Prevention of infectious disease transmission in correctional

- settings: A review. Public Health. Journal of the Royal Institute of the Public Health. Geneve, 120: 33-41.
- Nodin, N., Carballo-Diéguez, A. & Leal, I.P. (2015). Sexual risk and preventive behaviors of men: results from a Portuguese online survey. *Saúde soc.* Vol. 24 nº.2 São Paulo: Scielo. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000200017>.
- Nunes, L.M. (2009). *Infecto-Contagiosas: Comportamentos de Risco entre Consumidores de Drogas Injectáveis*. Revista da faculdade das Ciências da Saúde. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- OEDT - Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência. (2005). *Relatório Anual: A Evolução do Fenómeno da Droga na Europa*. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias.
- OEDT - Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência. (2004). *Doenças infecto-contagiosas e sua prevenção nos estabelecimentos prisionais*. Disponível em <http://ar2004.emcdda.europa.eu/pt/page096-pt.html>.
- Oliveira J. (2012). *Delinquência Juvenil: Estudo qualitativo com adolescentes*. Universidade Fernando Pessoa.
- Oliveira, LM. (1988) (Coord.). *Moderna Enciclopédia Universal*. Amadora: Lexicultural.
- OMS - Organização Mundial da Saúde (2001). Transtornos devido ao uso de substâncias. In: Organização Mundial da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde, organizadores. Relatório sobre a saúde no mundo: saúde mental: nova concepção, nova esperança. Brasília: Gráfica Brasil.
- ONUSIDA. (2001). *As prisões e HIV/SIDA*. Actualização técnica, Abril 2001.
- OPAS - Organização Pan Americana da Saúde. (2010) – Plano de Desenvolvimento Institucional da OPAS/OMS no Brasil 2010/2011. OMS. Brasília.
- OPSS - Briz, T. coord. (2003). Saúde nas Prisões Portuguesas. [Consul. 10 out 2016]. Disponível em: <http://www.observaport.org/sites/observapot.org/files/saude+nas+prisoas+portuguesas.pdf>
- Oregon State Health Licensing Office Rules. (2001). Body piercing licensing programe-safety et sterilization standards. Oregon: United States of America.
- Passadouro, R. (2004). Prevalência e Factores de Risco das Infecções por HIV, Hepatite B E C Num estabelecimento Prisional de Leiria, Artigo

Original, *Acta Med Port*, 17:381-384.

- Pereira, A.C. (2017). Número de mulheres reclusas está a crescer há oito anos consecutivos. In *Journal Público*. <https://www.publico.pt/2017/06/13/>
- Pereira, M. S., Souza, A.C.S., Tipple, A.F., Prado, M.A. (2005). A infecção hospitalar e suas implicações para o cuidar de enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*. Universidade Federal de Santa Catarina. Vol. 14, nº 2, p. 250-257.
- Perkings C. & Harrison J. (1997). A complication of tongue piercing. *Br Dent J.*, 182, 147-148.
- Postigo, C., de Alda, M. L., & Barceló, D. (2011). Evaluation of drugs of abuse use and trends in a prison through wastewater analysis. *Environment International*, 37 (1), 49–55. <http://doi.org/10.1016/j.envint.2010.06.012>
- Presser, L. (2008). *Been a Heavy Life: Stories of Violent Men*. USA: University of Illinois.
- Quisbert Vargas, M. & Ramirez Flores, D. (2011). Objetivos de la investigación científica. *Rev. Act. Clin. Med*, 10, 461-465.
- Ribeiro, F.B. & Sacramento, O. (2012). Viver com a infecção: gestão da doença e quotidianos terapêuticos de doentes com VIH/sida no nordeste de Portugal. *Revista Angolana de Sociologia*, n.º 10, pp. 111-130.
- Rodrigues, A.R.B. (2014). *A psicologia clínica no contexto de uma comunidade de inserção de Apoio a Reclusos e Ex-reclusos – o companheiro*. Dissertação de Mestrado em Psicologia – Especialização em Psicologia Clínica e do Aconselhamento. Lisboa: Universidade Autónoma de Lisboa.
- Rodrigues, I.S.A.A (2013). *A Saúde Bucal dos Privados em Liberdade em Penitenciárias do Estado da Paraíba*. Dissertação de Mestrado em Saúde pública. Brasil: Universidade Estadual da Paraíba.
- Rosa, F., Carneiro, M., Duro, L.N., Moura Valim, A.R., Reuter, C.P., Burgos, M.S., Lia Possuelo, L. (2012). Prevalência de anti-HCV em uma população privada de liberdade *Rev Assoc Med Bras*; 58(5):557-560
- Ross, M.W. (2013). *Health and Health Promotion in Prisons*. New York: Routledge.
- Rouquayrol, M.Z., Silva, M.G.C.A.F. (2003) *Epidemiologia & Saúde* (7ª ed.). Rio de Janeiro: MedBook.
- Rowell-Cunsolo, T.L., Sampong, S.A., Befus, M., Mukherjee, D.V. & Larson, E.L. (2016). Predictors of Illicit Drug Use Among Prisoners. *Substance*

Use & Misuse Vol. 51

- Rothstein, M.A. (2002). Rethinking the Meaning of Public Health, 30 J.L. Med.& Ethics,144.
- Ruiz, J.D., Molitor, F., Sun, R. (1999). Prevalence and correlates of hepatitis C vírus infection among inmates entering the California correctional system. *West J Med*, 170:156-60.
- Sabol, W.J., Minton, T.D., & Harrison, P.M. (2007). *Prison and jail inmates at midyear 2006*. Washington, DC: Bureau of Justice Statistics.
- Santos, A., Carvalho, A., Tomaz, J., Rodrigues, V., Coxinho, L., Bento, D., Sá, R. & Porto, A. (2000). Prevalência dos marcadores de infecção pelo vírus da hepatite B na população adulta do distrito de Coimbra. *Acta Med Port*, 13, 167-171
- Sarmiento, O. (2016). Indivíduos, estruturas e riscos: panorâmica da prevenção primária do HIV em Portugal. *Cad. Saúde Pública*, 32 (6), 1-12.
- Schwartzmann, P.V., Volpe, G.J., Vilar, F.C. & Moriguti J.C (2010). *Pneumonia comunitária e pneumonia hospitalar em adultos*. Medicina (Ribeirão Preto);43(3):238-48.
- Seal, D.W., Eldrige, G.D., Kacanek, D., Binson, D. & Macgowan R.J. (2007). A longitudinal, qualitative analysis of the context of substance use and sexual behavior among 18- to 29-year-old men after their release from prison. *Social Science & Medicine*, 65, 2394-2406.
- Segre, M. & Ferraz, F. (1997). O conceito de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, 31 (5). [Consult. em 27 out 2015]. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v31n3/2334.pdf>
- Senter, A., Morgan, R., Serna-McDonald, C., & Bewley, M. (2010). Correctional psychologist burnout, job satisfaction, and life satisfaction. *Psychological Services*, 7 (3) pp. 190-201.
- Sgreccia, E. (2002). *Manual de biotécia: Fundamentos, Ética e Aspectos médico sociais*. São Paulo: Editora Loyola.
- Shewan, D., Gemmell, M. & Davies, JB. (1994). Drug use and Scottish prisons: summary report. Scottish Prison Service Occasional Paper, nº5.
- Skipper, C., Guy, J. M., Parkes, J., Roderick, P., & Rosenberg, W. M. (2003). Evaluation of a prison outreach clinic for the diagnosis and prevention of hepatitis C: implications for the national strategy. *Gut*, 52(10), 1500–4. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12970145>
- Smith, C. (2000). Healthy Prisons': A Contradiction in Terms? In The Howard

- Journal of Criminal Justice, 39 (4), 325–452.
- Squires, N. & Strobl, J. (1996). Healthy prisons: A vision for the future. Report of the 1st International Conference on Health Prisons, 24-27.
- Standon, M., Leukefeld, C. & Logan, T. K. (2001). Health Service utilization and victimization among incarcerated female substance users. *Substance Use Misuse*, 36, 701-716.
- Stark, K., Herrmann, U., Ehrhardt, S. & Bienzle, U. (2006). A syringe exchange programme in prison as prevention strategy against HIV infection and hepatitis B and C in Berlin, Germany. *Epidemiol Infect*, 134: 814-19.
- Stoever, H. (2000). Evaluation of needle Exchange pilot Project shows positive results. *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Newsletter*, 5:60-64.
- Stoever H. (2002). Drugs Substitution Treatment and Needle Exchange Programs in German and European Prisons. *Journal of Drug Issues*, 32(2), 573–596. <http://doi.org/10.1177/002204260203200216>
- Stoever, H., Nelles, J. (2003). Ten years of experience with needles and syringe Exchange programmes in European prisons, *Int J Drug Policy*, 14: 437- 444.
- Stuckler, D., Basu, S., McKee, M. & King, L. (2008). Mass incarceration can explain population increases in TB and multidrug-resistant TB in European and central Asian countries. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 105(36), 13280–13285. <http://doi.org/10.1073/pnas.080120010>
- Szmunes, W., Stevens, C.E., Zang, E.A., Harley, E.J. & Kellner, A. (1981). A controlled clinical trial of the efficacy of the hepatitis B vaccine (Hpatavax B): a final report. *Hpatology*, 5:377-385.
- Stoever, H. (2002). Drugs Substitution Treatment And Needle Exchange Programs in German and European Prisons, *Journal of Drugs Issues*, 573-596.
- Taylor, A., Goldberg, D. & Emslie, J., (1995). Outbreak of HIV infection in a Scottish prison. *BMJ*, 310, 289-92.
- Teixeira, J.M. (2004). *Saúde Mental nas Prisões*. [Consult. A 27 de agost. 2017. Disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/6851/2/82958.pdf>.
- Toch, H. (1992). *Living in Prison: The Ecology of Survival*. USA: American Psychological Association.
- Thorton, L., Barry, J., Allwright, S., Bradley, F. & Parry, J.V. (2000). Comparison between self-reported hepatitis b, Hepatitis c, and HIV

- antibody status and oral fluid assay in Irish prisoners. *Commun Dis Public Health*, 3 (4), 253-5.
- Torres, A. (2009). *Drogas e prisões Portugal 2001 – 2007*. Lisboa: IDT.
- Turnbull PJ, Dolan KA, Stimson GV, et al. (1992). Prison decreases the prevalence of behaviours but increases the risks, *Program and abstracts of the VIII International Conference on AIDS* (Amsterdam).
- UNAIDS - United Nations Special Session on HIV/AIDS. (2001). Resolution A/RES/S-26/2 adopted by the UN General Assembly twenty-sixth special session, June 25-27. [Consult a 30 jun de 2015]. Disponível em: www.un.org/ga/aids/docs/aress262.pdf.
- UNAIDS. (2014). *The Republic of Uganda HIV and AIDS Country Progress report*. Geneva. Disponível em <http://www.aidsuganda.org>.
- UNODC - United Nations Office on Drugs and Crime. (2014). *Consulta global do UNODC para prevenção e tratamento para o HIV/Aids, atenção e suporte às pessoas vivendo com HIV/Aids em sistemas prisionais*. Viena.
- UNODC - United Nations Office on Drugs and Crime. (2015). *World Drug Report 2015*. Vienna. Disponível em <http://www.unodc.org/wdr2015/>
- Van, H. K., Vorsters, A. & Van Damme, P. (2008). Prevention of viral hepatitis (B and C) reassessed. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, Vol.22, nº6, 1009-1029.
- Vasconcelos, C. [et al.]. (2011). *Um investimento na qualidade da saúde*. Tecnohospital. Porto. ISSN 1645-9431, nº 43, 34-38.
- Viggiani, N. (2007). Unhealthy prisons: exploring structural determinants of prison health. *Sociology of Health & Illness*, 29,115–135.
- Viggiani, N. (2012). Trying to be Something you are not: Masculine performances within aprison setting. *Men and Masculinities*, 15 (3), 271-291.
- Wakefield, S. & Uggen, C. (2010). Incarceration and Stratification. *Annual Review of Sociology*, 36, 387- 406.
- Watson, R., Stimpson, A. & Hostick, T. (2004). Prison health care: a review of the literature. *International Journal of Nursing studies*, 41,119-128.
- Weeks R, & Widom C. (1998) Self-reports of early childhood victimization among incarcerated adult male felows. *Journal of Interpersonal Violence*. 13 (3), 346-361.
- Western, B. & Pettit, B. (2010). *Incarceration & social inequality*. Dædalus.

Journal of the American Academy of Arts & Sciences, 8-19.

Weibush J: (1992). Prison Health, in Public Health Preventive Medicine. Las J 6 Wallace R eds. Appleton & Lange, Connecticut, p.1159-1163.

WHO - World Health Organization. (2006) Un Office on Drugs and Crime. HIV/AIDS prevention, care, treatment and support in prison settings. A farmework for an effective national response. New York.

WHO - World Health Organization. (2007). Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health. Copenhagen: WHO Europe.

WHO - World Health Organization. (2009). Technical Guide for countries to Set targets for universal acess to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users. Geneva, Switzerland.

WHO - World Health Organization. (2005). Dublin Declaration on Partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia. [Consult. 12 set. 2017]. Disponível em: http://www.euro.who.int/aids/treatment/20051018_

Wilper, A.P. et al. (2009). *The Health and Health Care of US Prisioners: Results of a Nationwide Survey*. USA: American Public Health Association

Woodall, J. (2011). Social and environmental factors influencing in-prison drug use, *Health Education*, 112 (1), 31-46.

Zachariah R, Harreis AD, Chantulo AS, Yadidi AE, Nkhoma W, Maganga Q. (2002). Sexually transmitted infections among prison inmates in a rural district of Malawi. *Trans R Soc Trop Med Hyg*; 96:617-9.

Zulfiqar, H. F., Javed, A., Sumbal, Afroze, B., Ali, Q., Akbar, K., ... Husnain, T. (2017). HIV Diagnosis and Treatment through Advanced Technologies. *Frontiers in Public Health*, 5, 32. <http://doi.org/10.3389/fpubh.2017.00032>

APÊNDICES

INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO À POPULAÇÃO RECLUSA

Este Inquérito por Questionário faz parte da investigação realizada no âmbito, do Doutoramento em Ciências Médicas, na Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. É totalmente anónimo e confidencial e tem como finalidade saber quais as perceções da população reclusa do sexo feminino sobre comportamentos de risco e a prevalência de infeções infetocontagiosas.

Pedimos-lhe que responda com sinceridade. Os resultados obtidos servem apenas para fins estatísticos.

Idade: _____

Sexo: F ☐ M ☐

Leia com atenção e marque uma cruz no local que expresse a sua situação.

1- Encontra-se infetado por alguma doença infetocontagiosa?

☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei

1.1 - Se respondeu afirmativamente indique qual a infeção:

☐ VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana

☐ HBV – Hepatite B

☐ HCV – Hepatite C

☐ Tuberculose

1.2 - No caso de se encontrar infetado(a) indique:

a) O ano em que pensa que se infetou: _____

b) O local em que se infetou: _____

c) Dentro do estabelecimento prisional ☐

d) Fora do estabelecimento prisional

e) Não sei identificar ☐

1.3 - Aponte a forma como pensa que se infetou:

☐ Partilha de seringas

☐ Troca de seringas e contactos sexuais

☐ Contactos sexuais

☐ Outros. Quais? _____

☐ Não sei identificar.

2 – Refira que tipo de drogas que por norma utiliza e como as consome.

a) Fora da prisão: tipo de droga

- ☐ Haxixe ☐ Cocaína ☐ Heroína
☐ LSD ☐ Ecstasy/Anfetaminas ☐ Colas/Solventes/inalantes

Fora da prisão: via de consumo

- ☐ Fumada ☐ Oral ☐ Inalada
☐ Injetada ☐ Duas ou mais vias utilizadas

b) Dentro da cadeia: tipo de droga

- ☐ Haxixe ☐ Cocaína ☐ Heroína ☐ Metadona
☐ Haxixe + Heroína ☐ Metadona e outra(s) substância(s)

Dentro da cadeia: via de consumo

- ☐ Fumada ☐ Oral ☐ Injetada
☐ Fumada + Oral ☐ Injetada + Fumada

3 - Considera que, durante o seu tempo de reclusão, o acompanhamento clínico foi:

- ☐ Bom
☐ Suficiente
☐ Insuficiente

4 - Está detido(a)

- ☐ Pela primeira vez | ☐ Pela segunda vez | ☐ Mais vezes.

Quantas? _____

5- Usa piercings no seu corpo?

- ☐ Sim | ☐ Não

5.1- Se usa, colocou-os durante a reclusão?

- ☐ Sim | ☐ Não

6- Tem tatuagens no corpo?

- ☐ Sim | ☐ Não

7- Tatuou-se durante da reclusão?

- ☐ Sim | ☐ Não

Obrigada pela sua colaboração.

INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO À POPULAÇÃO RECLUSA

Este Inquérito por Questionário faz parte da investigação realizada no âmbito, do Doutoramento em Ciências Médicas, na Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. É totalmente anónimo e confidencial e tem como finalidade saber quais as perceções da população reclusa do sexo masculino sobre a prevalência dos rastreios, diagnóstico, comportamentos de risco e a prevalência de infeções infetocontagiosas.

Pedimos-lhe que responda com sinceridade. Os resultados obtidos servem apenas para fins estatísticos.

Idade: _____

Sexo: F ☐ M ☐

Leia com atenção e marque uma cruz no local que expresse a sua situação.

1- Encontra-se infetado por alguma doença infetocontagiosa?

☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei

1.1 - Se respondeu afirmativamente indique qual a infeção:

☐ VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana

☐ HBV – Hepatite B

☐ HCV – Hepatite C

☐ Tuberculose

1.2 - No caso de se encontrar infetado(a) indique:

a) O ano em que pensa que se infetou: _____

b) O local em que se infetou: _____

c) Dentro do estabelecimento prisional ☐

d) Fora do estabelecimento prisional

e) Não sei ☐

1.3 - Aponte a forma como pensa que se infetou:

☐ Partilha de seringas

☐ Relações sexuais sem preservativo

☐ Outros. Quais? _____

☐ Não sei identificar.

1.4 – Indique se fez o rastreio da doença e o diagnóstico indicado, antes da primeira detenção:

a) VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana

☐ Rastreio | ☐ Positivo ☐ Negativo

b) HBV – Hepatite B

☐ Rastreio | ☐ Positivo ☐ Negativo

c) HCV – Hepatite C

☐ Rastreio | ☐ Positivo ☐ Negativo

d) Tuberculose

☐ Rastreio | ☐ Positivo ☐ Negativo

1.5 – Assinale o motivo do rastreio efetuado:

☐ Desconfiança/Dúvida | ☐ A pedido do médico

☐ Burocracias | ☐ Outros.

1.6 – Aponte o local onde teve conhecimento sobre as infeções infectocontagiosas:

☐ Centro de Saúde/Hospital | ☐ Amigos e familiares

☐ Prisão | ☐ Televisão

☐ CAT | ☐ Escola

☐ Outros

2 – Refira que tipo de drogas que por norma utiliza e como as consome.

a) Fora da prisão: tipo de droga

☐ Haxixe ☐ Cocaína ☐ Heroína

☐ LSD ☐ Ecstasy/Anfetaminas ☐ Colas/Solventes/inalantes

Fora da prisão: via de consumo

☐ Fumada ☐ Oral ☐ Inalada

☐ Injetada ☐ Duas ou mais vias utilizadas

b) Dentro da cadeia: tipo de droga

☐ Haxixe ☐ Heroína ☐ Cocaína ☐ Metadona

☐ Haxixe + Heroína ☐ Metadona e outra(s) substância(s)

Dentro da prisão: via de consumo

☐ Fumada ☐ Oral ☐ Injetada

☐ Fumada + Oral ☐ Injetada + Fumada

3 - Considera que, durante o seu tempo de reclusão, o acompanhamento clínico foi:

☐ Bom

☐ Suficiente

☐ Insuficiente

4 - Está detido(a)

☐ Pela primeira vez | ☐ Pela segunda vez | ☐ Mais vezes.

Quantas? _____

5- Usa piercings no seu corpo?

☐ Sim | ☐ Não

5.1- Se usa, colocou-os durante a reclusão?

☐ Sim | ☐ Não

6- Tem tatuagens no corpo?

☐ Sim | ☐ Não

7- Tatuou-se durante da reclusão?

☐ Sim | ☐ Não

Obrigada pela sua colaboração.

ANEXOS

Exmo. Sr.
Prof. Doutor Walter Osswald,
Presidente da Comissão de Ética da Universidade do Porto

Considerando a ajustada reformulação que a Mestre Teresa Alexandra Lavandeira Santiago de Miranda efectuou ao seu projecto inicial, respondendo agora de forma adequada às questões então colocadas pela Comissão de Ética da Universidade do Porto, venho informar V. Exa. que sou de parecer favorável à realização do referido projecto.

Porto, 30 de Novembro de 2009

A handwritten signature in black ink, consisting of a series of loops and a long horizontal stroke extending to the left.

José Alberto Duarte

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DIRECÇÃO-GERAL DOS SERVIÇOS PRISIONAIS

Direcção de Serviços de Planeamento e Relações Externas

Exma Senhora
Prof. Doutora Maria José Carneiro de Sousa
Pinto da Costa

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar
Universidade do Porto
Largo Prof. Abel Salazar, 2

4099-033 Porto

V/ referência

N/ referência

Ofício N.º

367/DSPRE/2008

Data

2008-10-28

Assunto: Investigação académica para Doutoramento pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto - Teresa Lavandeira

Tenho a honra de informar V. Exa. que por despacho do Senhor Subdirector-Geral, datado de 27/10/2008, a doutoranda Teresa Lavandeira está autorizada a desenvolver a pesquisa no âmbito da tese de doutoramento "A Reclusão como Factor de Propagação do HIV, Hepatite e Tuberculose nos EP Centrais do Norte", pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, nos Estabelecimentos Prisionais de Paços de Ferreira, Santa Cruz do Bispo e Izeda.

Em cumprimento do disposto na Circular nº 5/GDG/2001, de 18 de Junho, que regula estágios e investigações académicas, chama-se a atenção para o facto da investigação estar sujeita às seguintes condições:

- A execução do trabalho estar sempre dependente da disponibilidade dos reclusos para, após consentimento informado, colaborarem, reservando-se-lhes o direito de a qualquer momento, poderem interromper a sua cooperação;
- obrigação de preservar o anonimato dos dados e das pessoas que venham a cooperar;
- no questionário a aplicar, não figure o nome dos reclusos, devendo todos os inquiridos, assinar documento atestando o seu conhecimento sobre o uso a que o mesmo se destina, assim como a anuência em responder;

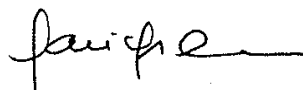
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DIRECÇÃO-GERAL DOS SERVIÇOS PRISIONAIS

Direcção de Serviços de Planeamento e Relações Externas

- por razões de segurança, não poderão ser recolhidas qualquer tipo de imagens nos Estabelecimentos Prisionais;
- a consulta dos processos individuais se faça de acordo com a Circular nº 3/GDG/2002, de 28 de Outubro, devendo ser dada particular atenção ao disposto nos pontos 8, 9 e 10;
- a consulta dos processos clínicos seja feita na estrita observância dos condicionalismos previstos na Lei nº 67/98, de 26 de Outubro e no art. 6º nº 5 do Decreto-Lei nº 144/2001, de 26 de Abril, na presença dos médicos responsáveis dos Estabelecimentos Prisionais;
- só poderão ser fornecidos dados estatísticos sobre a população reclusa, gerais ou com incidência em matéria clínica, desde que publicados ou susceptíveis de ser disponibilizados para consulta;
- a calendarização e o modo de organização da pesquisa deve ser acordada com as Direcções dos Estabelecimentos Prisionais de Paços de Ferreira, Santa Cruz do Bispo e Izeda de forma a que se conciliem os objectivos académicos com a exequibilidade do trabalho, sem perturbação da vida quotidiana do Estabelecimento;
- remeter cópias do trabalho final à Direcção de Serviços de Planeamento e Relações Externas, assim como ao Estabelecimento Prisional onde realizou o estudo.

Com os melhores cumprimentos.

A Directora de Serviços



(Maria José Matos)

ID/2008

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Tomei conhecimento do sigilo médico dos dados, que será escrupulosamente guardado e do anonimato dos inquéritos, garantido pela Investigadora e autora deste estudo e de que a minha decisão de preencher, ou não, este inquérito não implicará alterações aos meus cuidados de saúde e de que a todo o tempo poderei modificar a minha decisão.

Pelo presente termo, declaro que fui suficientemente esclarecido (a) pela aluna do Doutoramento em Ciências Médicas sobre os procedimentos a que vou me submeter, isto é, permitir que me seja realizado um inquérito a fim de proceder à tese sobre a temática relacionada com o apuramento de doenças infecciosas em meio prisional.

Pelo presente manifesto expressamente a minha concordância e o meu consentimento para a realização do procedimento acima descrito.

Local _____

Data _____

Nome e assinatura do voluntário/a

Documento de Identidade

Doutoranda